Rok LII. Kraków, dnia 1. marca 1913. Nr 9.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki lekarskiej (dyrektor: Prof. Dr A. Gluziński) i zakładu chemii lekarskiej (dyrektor: Prof. Dr St. Bądzyński) Uniwersytetu we Lwowie.

Wpływ podawania atofanu na wydalanie urochromu.

Podał

Dr Witold Skórczewski.

Zaburzenia utleniania siarki w ustroju, spostrzegane stale po podaniu atofanu w doświadczeniach nad przemianą materyi, ogłoszonych przezemnie wspólnie z Drem J. Sohnem (2), skłoniły mnie do wykonania doświadczeń w celu rozświetlenia pytania, które związki organiczne siarkę zawierające w moczu poatofanowym znajdują się w większej ilości.

Badania Gawińskiego wskazywały na kwasy oksyproteinowe, jako ciała, których zawartość siarki równa się ilością tak zwanej siarce obojętnej moczu. Oznaczenia azotu i siarki kwasów oksyproteinowych, jakie przedsiębrałem (3) przed i podczas podania atofanu, wykazały zaburzenie w wydzielaniu ich podczas podawania środka. Gdy jednak ilość azotu stosunkowo mało się zwiększała, zawartość siarki w tychże syrupach w okresach atofanowych ulegała znacznemu powiększeniu. Należało więc z tego przesunięcia się stosunku azotu syrupu barowego kwasów oksyproteinowych do siarki na korzyść siarki wnosić o znaczniejszem powiększeniu z grupy kwasów oksyproteinowych tych związków, które zawierały większą ilość siarki, a mniejszą ilość azotu. Już wówczas zwróciłem uwagę na prawdopodobieństwo zwiększenia wydalania urochromu; obecnie przeprowadziłem doświadczenia na 4 chorych, a wyniki podaję poniżej.

Oznaczenia urochromu wykonywałem w codziennych dobowych porcyach świeżego moczu zapomocą metody podanej przez Browińskiego i Dąbrowskiego, polegającej na strąceniu urochromu octanem miedzi w postaci soli miedziawej, rozłożeniu tegoż osadu zapomocą siarkowodoru i oznaczeniu po odpędzeniu siarkowodoru w rozczynie wodnym urochromu jego własności redukcyjnych. Urochrom mianowicie odtlenia kwas jodowy, przyczem wydziela się jod, który wyciągamy dwusiarczkiem węgla i miareczkujemy rozczynem n/100 tiosiarkanu sodowego.

Azot oznaczałem metodą Kjeldahla, kwas moczowy metodą Wörnera, siarkę mineralną strącałem chlorkiem baru obojętną oznaczałem metodą Modrakowskiego.

Doświadczenie I.

L. dz. 105. J. H. kobieta lat 45. Rozpoznanie kliniczne: Arthritis urica. Condensatio apicis sinistri. Emphysema pulmonum.

Przyjęta do kliniki 16. XI. 1912. Od 18. XI podano chorej dyetę bezpurynową. Od 3/XII do 27/XII przebywa chora codziennie 2 godziny w emanatoryum radowem. 11/XII podano chorej 3 gr. atofanu przez dzień w 3 dawkach [1].

TABLICA I.

	Ilość moczu.	Chlor jako NaCl	Fosfor jako P_2O_5	Azot	Kwas moczowy	Urochrom	Siarka mineralna jako SO_3	Siarka obojętna jako SO_3	Stosunek siarki obojętnej do ogólnej	Uwaga
8. XII.	1340	5·75	3·95	8·61	0·1899	0·1474	0·5963	0·0434	6·7%	
9. XII.	1000	6· 2	1· 7	4·48	0· 218	0·2045	0· 891	0·0745	7·7%	
10. XII.	1100	5·39	2·14	4·71	0·1782	0·1131	0·8206	0·1463	15·1%	
11. XII.	1940	6· 6	1·98	7·02	0·5745	0·2428	1·1601	0·2619	18·4%	podano 3 gr. atofanu
12. XII.	1300	6·63	1·77	6·24	0·2834	0·2014	1·0517	0·3107	22·8%	
13. XII.	1200	5· 4	1·01	3·42	0·1104	0·2242	1·1299	0·0876	7·1%	

[1]) Część oznaczeń tablicy pierwszej wykonał Dr J. Sohn, za co mu serdecznie dziękuję.

W doświadczeniu tem widzimy wzrost ilości urochromu równorzędny ze wzrostem siarki obojętnej w następnych 2 dniach po podaniu środka.

Doświadczenie II.

L. dz. 3. R. K. mężczyzna lat 44. Rozpoznanie kliniczne: Rheumatismus chronicus articulationis humeri sinistri. Neuritis plexus brachialis in individuo cum induratione apicis sinistri, concretionibus pleural. sin. intercurrente otitide media sin. verisimiliter tuberculosa Dyeta mieszana.

TABLICA II.

	Ilość moczu	Azot	Kwas moczowy	Urochrom	Uwaga
14. XI.	880	4·99	—	0·1542	
15. XI.	1110	9·79	0·4068	—	
16. XI.	1260	8·47	0·4377	0·2027	
Średnie	—	—	—	0·1785	
17. XI.	1120	8·81	0·4863	0·3435	podano 3 gramy atofanu
18. XI.	880	7·88	0·4137	0·2367	Również
19. XI.	1220	12·21	0·5499	0·2116	Również
Średnie	—	—	—	0·2639	

Doświadczenie III.

L. dz. 114. J. M. mężczyzna l. 52. Rozpoznanie kliniczne: Neurasthenia in individuo luetico. Dyeta mieszana.

TABLICA III.

	Ilość moczu	Azot na dobę	Kwas moczowy	Urochrom	Siarka mineralna jako SO_3	Siarka obojętna jako SO_3	Stosunek siarki obojętnej do ogólnej	Uwaga
3. XII.	1000	11·17	0·3498	0·2483	1·5728	0·1248	7·3%	
3. XII.	1190	10·41	0·3297	0·1957	1·7374	0·2644	13·2%	
4. XII.	1090	8·30	0·3171	0·2030	1·3233	0·10406	9·6%	
Średnie	—	—	—	0·2159	—	—	—	
5. XII.	980	8·19	0·0438	0·2925	1·2427	0,2911	18·8%	podano 3 gr. atofanu
6. XII.	1003	9·09	0·4011	0·2948	1·1140	0·1821	14·5%	Również
7. XII.	1140	8·06	0·5013	0·2137	1·1168	0·1790	13%	Również
Średnie	—	—	—	0·267	—	—	—	

W doświadczeniu tem widzimy stosunkowo do innych doświadczeń mniejsze powiększenie siarki obojętnej po podaniu atofanu i również mniejsze powiększenie urochromu.

Doświadczenie IV.

L. dz. 115 łóżko 5. S. C, mężczyzna l. 23. Rozpoznanie kliniczne: Pleuro pericarditis sicca in individuo cum induratione apicum. Stan bezgorączkowy. Dyeta mieszana.

TABLICA IV.

	Ilość moczu	Azot	Kwas moczowy	Urochrom	Siarka mineralna jako SO_3	Siarka obojętna jako SO_3	Stosunek siarki obojętnej do ogólnej	Uwaga
13. XII	1586	15·73	0·0594	0·2890	2·0407	0·3410	11·3%	
14. XII	*1820	10·61	0·6825	0·3808	2·5402	0·3946	13·4%	
15. XII.	2100	13·40	0·0486	0·5739	2·7371	0·3864	11·3%	
Średnie	—	—	—	0·4148	—	—	—	
16. XII.	1800	16·37	1·35	0·4023	2·1438	0·2815	11·0%	podano 3 gr. atofanu
17. XII	1215	15·—	0·8076	0·556	1·7314	0·4029	21%	Również
18. XII.	1820	12·01	0·7947	0·7288	1·7450	0·6024	25·6%	Również
Średnie	—	—	—	0·5812	—	—	—	

Doświadczenie wykazuje niezwykłą zgodność liczb urochromu i siarki po podaniu atofanu Wysoka ilość urochromu w dniu 15/XII jest niewytłomaczona, jednak skontrolowana powtórzeniem analizy.

Zestawiając wyniki doświadczeń, stwierdzić musimy wyraźne zwiększenie ilości wydalanego urochromu, zależne od podania atofanu. Doświadczenia wypadły zgodnie i wykazują równorzędny wzrost ilości siarki obojętnej i urochromu w moczach poatofanowych.

Sądzę, że spostrzeżenia te będą przyczynkiem do poznania ciemnej jeszcze sprawy zaburzeń utleniania, zwłaszcza, że badane dotychczas przypadki chorobowe w przebiegu chorób zakaźnych, względnie zdrowi po obfitych mięsnych dyetach wykazywali zawsze równorzędne zwiększenie się azotu i siarki syrupów barowych kwasów oksyproteinowych.

Piśmiennictwo. 1) Browiński i Dąbrowski: O metodzie ilościowego określania żółtego podstawowego barwika moczu. Rozpr. Akad. Umiej. w Krak. Tom 48. 1908. — 2) Skórczewski i Sohn: W sprawie działania atofanu na przemianę materyi. Tygodnik lekarski Nr. 13 i 14. 1912. — 3) Skórczewski: Jak należy sobie tłomaczyć działanie atofanu. Przegląd lek. Nr 20 1912.

Z oddziału chorób wewnętrznych Szpitala krajowego w Sarajewie.

O hormonach wegetatywnego układu nerwowego ze stanowiska nauki o wydzielaniu wewnętrznem.

Skreślił

Prof. Dr L. Korczyński.

(Ciąg dalszy).

Najdawniejszym miernikiem działania nadnerczyny jest, odkryte już przez pierwszych badaczy nadnerczy w epoce badań organoterapeutycznych, bardzo znaczne podnoszenie się parcia krwi po śródżylnych wstrzykiwaniach wyciągów z nadnerczy. Mówią o niem sprawozdania Olivera i Schafera z r. 1894, Cybulskiego i Szymonowicza, oraz A. Gluzińskiego z r. 1895. Następne prace Gottlieba [18]), Velicha [19]), Biedla [20]) i inn. określiły to podnoszenie się parcia jako następstwo obwodowego podrażnienia, a doświadczenia Dixona [21]), przy których wyzyskane zostały właściwości apokodeiny, zastosowanej w nieco większych dawkach, polegające na porażaniu zakończeń nerwowych, udowodniły ostatecznie, że miejscem działania nadnerczyny w naczyniach są połączenia mięśniowo-nerwowe włókien współczulnych w ścianie naczyń.

Od tej ogólnej zasady tworzą wszakże wyjątek naczynia wieńcowe serca, a według Dixona i Halliburtona [22]) także naczynia mózgowe. Adrenalina działa na nie wprost przeciwnie, aniżeli w innych obszarach ciała, nie zwęża ich, lecz rozszerza.

Podobnie, jak na naczynia, działa nadnerczyna także i na mięsień sercowy, zwiększa siłę skurczów i przyspiesza rytm ruchów serca. Przyśpieszenie to odnosi się jednak tylko do serca, oddzielonego od ośrodkowego układu nerwowego. O ile z nim jest połączone, ulega ośrodek nerwu błędnego, skutkiem zwiększonego parcia w naczyniach mózgowych, podrażnieniu i podrażnienie to sprawia, że serce uderza wolniej.

Że zwolnienie ruchów serca po śródżylnych wstrzykiwaniach nadnerczyny zależy istotnie od wtórnego podrażnienia nerwu błędnego, dowodzą doświadczenia, w których zapomocą trucizn, działających na nerw błędny, porażano jego zakończenia sercowe. Obok atropiny, o której działaniu w tym kierunku wspominaliśmy wyżej, zasługuje tu na osobną wzmiankę apokodeina, użyta po raz pierwszy do doświadczeń, mających za cel badanie wpływu nadnerczyny na ruchy serca, przez Dixona [23]). W małych dawkach użyta, poraża ona zakończenia nerwu błędnego, a wtedy występuje na jaw w całej pełni wpływ nadnerczyny na współczulny układ nerwowy serca; serce uderza częściej, skurcze jego stają się silniejsze i wydatniejsze. Doświadczenia te udowadniają w każdym razie, że wydzielina układu chromochłonnego obok wpływu bezpośredniego na układ współczulny wywiera także wpływ pośredni, wtórny, na nerw błędny. Czy to pośrednie podrażnienie układu autonomicznego nie pociąga za sobą zwiększonej czynności gruczołów, dostarczających hormonów dla układu n. błędnego, o tem na razie rozstrzygać nie możemy. Ale przypuszczenie tego rodzaju nie byłoby tak bardzo nieprawdopodobnem.

Uboczny wpływ adrenaliny na krążenie świadczy w każdym razie o doskonałem urządzeniu całego układu, służącego do zachowania fizyologicznej równowagi w zakresie czynności wegetatywnych, a równocześnie każe przypuszczać, że równowaga ta opierać się może nierzadko na prawach wzajemnych przeciwieństw biochemicznych.

Mówiąc o wpływie nadnerczyny na narząd krążenia, nie możemy zupełnem milczeniem pominąć działania jej moczopędnego, stwierdzonego między innymi także przez Weleckiego [24]) na zwierzętach, Klugera i Weleckiego [25]) na ludziach.

Na podniesienie zasługuje dalej wpływ adrenaliny na oko, polegający na rozszerzeniu źrenicy i wysadzeniu gałki ocznej. Działanie to występuje po wstrzyknięciu do żył. Rozszerzenie źrenicy, powstające po wkropleniu rozczynu nadnerczyny do worka spojówkowego, odkryte przez O. Löviego [26]), stanowi objaw nieprawidłowy, powstający tylko w szczególnych warunkach. Wspomnimy o nim później.

Dalszym miernikiem działaniu układu chromochłonnego mógłby być wpływ nadnerczyny na mięśnie gładkie przewodu pokarmowego i na gruczoły wydzielnicze. Wpływ ten nie jest jeszcze jednak wszechstronnie zbadany, a nadto dokładne jego określenie w ściśle oznaczonym celu napotyka na tak znaczne trudności, że przy doświadczeniach klinicznych nie możemy się nim na razie posługiwać.

To samo odnosi się do działania adrenaliny na mięśnie ciała. Niweczenie, względnie zobojętnianie wytworów znużenia, skracanie okresu wyczerpania mięśniowego i zwiększanie wytrzymałości mięśni pracujących stanowi niewątpliwie ważny szczegół z zakresu fizyologii układu chromochłonnego, ale własnością tą trudno się posługiwać w celach doświadczalnych u ludzi.

Dla tych celów posiada pierwszorzędne znaczenie zjawisko cukromoczu, powstającego po wprowadzeniu nadnerczyny do ustroju drogą wstrzykiwań podskórnych lub do żył, odkryte w r. 1901 przez Bluma [27]). Następne badania Metzgera [28]), Zuelzera [29]) i in. potwierdziły w zupełności wyniki otrzymane przez Bluma, wykazując nadto, że pojawianiu się cukru w moczu po wstrzyknięciu nadnerczyny towarzyszy zwiększenie się ilości cukru we krwi.

Ta hiperglikemia ma swoje źródło w szybszem i znaczniejszem oddawaniu glikogenu z jego fizyologicznych składów, przedewszystkiem zaś, jak to wynika z badań doświadczalnych Grużewskiej [30]), ze składu najobfitszego, t. j. z wątroby. Schirokauer i Wilenko [31]) tłomaczą ją nieprawidłową przepuszczalnością komórek wątrobnych, a więc tem samem przyjmują, że nadnerczyna wywiera na wątrobę do pewnego stopnia wpływ trujący. Przypuszczenie ich stoi w sprzeczności z zapatrywaniem bardziej rozpowszechnionem, według którego przyczyna hiperglikemii nadnerczynowej leży w nadmiernem wytwarzaniu się zaczynu glikolitycznego, albo wyrażając się ściślej, zaczynu glikogenolitycznego w wątrobie. Następstwem hiperglikemii jest stopniowe malenie ilości glikogenu, stwierdzone przez wymienionych już autorów, w najnowszych czasach także przez Addariego [32]).

Z małą ilością glikogenu w wątrobie spotykamy się jednak według badań Porgesa [33]) także po wycięciu nadner-

[18]) Gottlieb. Archiv. f. exp. Pharm. und Path. T. 38.
[19]) Velich. Wien. klin. Rundschau 1898 Nr. 38.
[20]) Biedl. Wien. klin. Wochschft. 1898 Nr 9.
[21]) Dixon W. E., zob. Biedl. Innere Sekretion Str. 186.
[22]) Dixon i Halliburton. Intern. Physiol. Kongress, Wien. Deutsch. med. Wochschf. 1910 S. 2079.
[23]) Dixon W. E. zob. Biedl. Innere Sekretion str. 191.
[24]) Welecki. Rozpraw. Akad. Umiej. Kraków 1907.
[25]) Kluger i Welecki. Przegląd lek. 1910 Nr 7.
[26]) O. Lövi. Wner. klin. Wochenschrift 1907 S. 782.
[27]) Blum. Deutsch. Arch. f. kl. Med. 1901 T. 71 S. 146.
[28]) Metzger. Münch. med. Wochschft 1902 Nr 12.
[29]) Zuelzer. Berl. klin. Wochschft. 1901 Nr 48.
[30]) Grużewska. Centrblt. f. d. ges. Phys. u. Path. d. Stoffw. 1906 S. 91.
[31]) Schirokaner i Wilenko. Zeitschft f. klin. Med. T. 70 S. 257.
[32]) Addari. Deutsche med. Wochschft 1901 S. 518.
[33]) O. Porges. Zeitschft f. klin. Med. T. 69. S. 341 i T. 70. S. 243.

czy u psów, przyczem krew zwierząt, użytych do doświadczeń, zawiera cukier w ilości mniejszej, aniżeli w warunkach prawidłowych, co się zgadza zupełnie z wynikami badań tegoż samego autora, wykonanych w przypadkach choroby Addisona.

Do sprawy cukromoczu nadnerczowego wrócimy jeszcze później. Na razie ograniczamy się do przytoczonych wyżej szczegółów. Świadczą one dostatecznie o tem, że nadnerczyna, a temsamem układ chromochłonny, odgrywa ważną rolę w przemianie węglowodanów w ustroju. Za wpływem wydzieliny tego układu odbywa się z jednej strony polimeryzacya cukru i wytwarzanie glikogenu, z drugiej zaś glikoliza tegoż, a więc dostarczanie ustrojowi materyału, potrzebnego do wytwarzania ciepła i do pracy.

Gdy mowa o pracy, nasuwa się samo przez się ze spostrzeżeń klinicznych przypadków choroby Addisona przypuszczenie, że słabość mięśni i wielka ich niewytrzymałość zależą od małej ilości zapasowego materyału palnego w ustroju. Z przypuszczeniem tem łączą się badania, mające za cel poznanie zapomocą doświadczeń, roli, jaką układ chromochłonny odgrywa przy szafarstwie cukrem podczas pracy i jakim przy tem sam ulega zmianom.

O ile z przeglądu piśmiennictwa wnosić można, był Weiland[35]) pierwszym, który sprawą tą dokładniej się zajął i wykazał, że przy znużeniu mięśniowem skutkiem pracy znajduje się w krwi mniejsza ilość cukru. Schur i Wiesel[36]) znaleźli w tych samych warunkach w krwi większą ilość nadnerczyny. W. Carl[37]) wzniecał u żab zatrutych strychniną kurcze mięśniowe i nużąc w ten sposób mięśnie, badał następnie stan nadnerczy. Badania te wykazały, że u takich żab zanika istota chromochłonna, a więc tem samem, że układ chromochłonny wyczerpuje się. Zupełnem jego wyczerpaniem tłomaczy nawet Marchand[38]) nagłą śmierć w przypadkach choroby Addisona. Z pojęciami naszemi o znaczeniu nadnerczyny w ustroju i o jej działaniu na serce nie stałoby w sprzeczności, gdybyśmy także i w innych przypadkach nagłej śmierci, których nie tłumaczy obraz zmian sekcyjnych, uważać chcieli śmierć za następstwo takiego wyczerpania. Myślećby o niem można zwłaszcza wtedy, gdy tego rodzaju wstrząs śmiertelny powstaje po nadmiernem znużeniu fizycznem, tem bardziej, jeśli się do niego dołączą silne wzruszenia psychiczne.

Wobec powyższych wyników zasługują na tem baczniejszą uwagę sprawozdania tych autorów, którzy, jak np. w ostatnich czasach Treretoli[39]), podnoszą zwiększanie się siły i wytrzymałości mięśni po wstrzykiwaniach nadnerczyny, zwłaszcza jeśli je zestawimy z wynikami badań Pollaka[40]), które wykazały, że wątroba zwierząt zatrutych strychniną, wyczerpana zupełnie z glikogenu, zaczyna go na nowo gromadzić za wpływem podskórnych wstrzykiwań nadnerczyny.

Zestawiwszy dawniejsze nasze wiadomości o wpływie, jaki podrażnienie układu współczulnego wywiera na wydzielanie cukru, począwszy od znanego ukłucia Claude Bernarda, doświadczeń Eckharda, Kulza, Landoisa, Schiffa i in., z wiadomościami o powszechnym wpływie układu chromochłonnego na nerwy współczulne, zupełnie słusznie uważać możemy zmiany w przemianie węglowodanów, występujące po wstrzykiwaniach nadnerczyny, za następstwo podrażnienia nerwowego układu współczulnego. Przemawiają za tem między in. także badania Strauba[41]), który doświadczenia swoje wykonywał w ten sposób, że przez ciało zwierząt przepuszczał przez czas dłuższy słabe roztwory nadnerczyny. Przekonał się on, że między zmianami w parciu krwi, a powstawaniem i stopniem cukromoczu panuje najzupełniejsza zgodność. Takie same wyniki otrzymał także Ritzmann[42]).

O tem, że nerwowe wpływy wegetatywne działają bardzo dosadnie na stopień cukromoczu w przebiegu moczówki cukrowej, wiemy ze spostrzeżeń klinicznych, a od czasu badań Luthjego[43]), wykonywanych w znacznej części wspólnie z Embdenem, potwierdzonych przez Allarda[44]), także na podstawie doświadczeń nad cukrzycą, występującą u zwierząt po wyjęciu trzustki. Czynnikiem, o którego wpływ w tych doświadczeniach chodziło, była ciepłota otoczenia. Działanie ciepłoty na ustrój wogóle, a na narządy wewnętrzne w szczególności, przenosi się w każdym razie za pośrednictwem układu nerwowego, i to przedewszystkiem za pośrednictwem nerwów wegetatywnych, należących do układu współczulnego.

Dalszych wskazówek w tym samym kierunku dostarczyćby mogły doświadczenia farmakodynamiczne, opierające się na antagonizmie między obydwoma grupami nerwowemi całego układu wegetatywnego. Uwzględniając ten antagonizm, należałoby oczekiwać, że zapomocą kombinacyi trucizn, drażniących i układ współczulny i układ autonomiczny, powiedzie się miarkować jednostronne działanie nadnerczyny. Doświadczenia takie wykonywano istotnie. Ale wyniki ich nie są tak jednolite, aby na tej podstawie wolno było rozstrzygać stanowczo o znaczeniu i doniosłości farmakodynamicznego antagonizmu. Ehrmann[45]), po części także Falta, Nevburgh i Nobel[46]), eksperymentując z pilokarpiną, mówią, że zapomocą tej trucizny wstrzymać można występowanie cukromoczu nadnerczowego. Cholina, o której również wiemy, że drażni nerwy autonomiczne, ma według Gautreleta[47]) działać w podobny sposób. Do zupełnie odmiennych wyników doszli Frank i Isaak[48]). Utrzymują oni, że między nadnerczyną z jednej, pilokarpiną i choliną z drugiej strony, niema antagonizmu w zakresie wpływów na przemianę węglowodanów. Tłomaczą zaś brak antagonizmów w ten sposób, że nerwom autonomicznym odmawiają wogóle znaczenia czynnika, wpływającego na czynność wątroby i trzustki, o ile chodzi o ekonomię węglowodanów.

O ile wyniki badań tych autorów mogą dać podstawę do stanowczych wniosków i o ile zapatrywanie ich jest słuszne, nie chcemy rozstrzygać. W każdym jednak razie zaznaczyć trzeba, że przy ocenianiu doświadczeń fizyologicznych, posługujących się złożonymi czynnikami farmakodynamicznymi, należy być wogóle ostrożnym. Na wynik takich doświadczeń wpływa wzajemny stosunek do siebie działających trucizn, t. j. wielkość użytych dawek, a nadto niemałe znaczenie muszą mieć osobnicze właściwości badanego ustroju.

Co do choliny, nie można także pominąć milczeniem wyników badań Modrakowskiego[49]), potwierdzonych później przez Biedla[50]), które pokazują, że cholina fabryczna nie jest przetworem czystym, a więc i działanie jej nie

---

35) Weiland. Deutsch. Archiv. f. klin. Med. T. 92. S. 223.
36) Schur i Wiesel. Zntrblt. f. d. ges Phys. u Path. d. Stofw. 1907 S. 768.
37) W. Carl. Deutsch. med. Wochschft. 1911. S. 1827.
38) Marchand. Zentrbl. f. d. ges. Phys. u. Path. d. Stoffw. 1911 Str. 1017.
39) Treretoli. Deutsch. med. Wochschft, 1911. S. 1853.
40) Pollak. Zob. 60. Porges. Verhandl. d. Congr. f. inn. Med. 1910. S, 591.
41) Straub. Münch. med. Wochschrift. 1909, Nr 10.
42) Ritzmann. Archiv. f. ex. Path. u. Pharm. T. 61, S. 231.
43) Luthje. Verhandl. d. Kongr. f. inn. Med. 1905. S. 269 i 1907, S. 264.
44) Allard. Cyt. według Lüthjego.
45) Ehrmann. Deutsche med. Wochschft 1908. S. 1209.
46) Falta Nevburgh i Nobel. Zeitschrft f. klin. Med. T. 72 S. 97.
47) Gautrelet. Zentrblt. f. d. ges. Phys. u. Path. d. Stoffw. 1909. S. 148.
48) E. Frank i S. Isaak. Deutsch. med. Wochschft 1910. S. 41.
49) Modrakowski. Zentrblat f. d. ges. Phys. u. Path. d. Stoffw. 1909. S. 267.
50) Biedl. Innere Sekretion. S. 257.

może być zawsze jednakowe. Zresztą nawet czysty przetwór zmienia się po pewnym czasie, a wraz z tem zmieniają się i skutki po jego zastosowaniu.

Wpływ nadnerczyny na ekonomię ustroju nie ogranicza się do działania na szafarstwo cukrem. Według badań Eppingera, Falty i Rudingera [51]), działają podskórne wstrzykiwania adrenaliny także na przemianę ciał białkowych, i to podniecająco, to znaczy, że zwiększa się wydzielanie azotu. Odnosi się to wszakże do zwierząt głodzonych. Przez równoczesne podanie tłuszczu można ten wpływ znacznie zwiększyć, a względnie uwydatnić go tam, gdzie sam przez się jest niewyraźny. A więc i na tem polu upatrywać trzeba indywidualnych różnic.

Mówiąc o właściwościach osobniczych wchodzimy na pole nader ciekawych, ale prawie zupełnie jeszcze niewyjaśnionych zagadnień fizyologii. Właściwości osobnicze występują na jaw w zupełnie prawidłowych warunkach. Objawy życia wegetatywnego wahają się, jak wiadomo, w granicach względnie szerokich. Częstość ruchów serca, zmiany naczynioruchowe, wydzielanie potu, śliny, soku żołądkowego, trzustkowego, ruchy żołądka i jelit, przemiana materyi i t. d. wszystko to są sprawy, które się nie odbywają bynajmniej według stałego fizyologicznego wzoru. Różnice indywidualne tak są znaczne, że możnaby mówić zaledwo o pewnych ogólnych typach co do przebiegu życia wegetatywnego. A i tych typów sporoby stworzyć trzeba, zaznaczając równocześnie, że u jednej i tej samej osoby nastawać mogą rozmaite zmiany i wahania, pomimo, że warunki zewnętrzne i wewnętrzne nie ulegają widocznej zmianie. Tych fizyologicznych wahań i osobniczych właściwości nie możemy uważać za coś przypadkowego. Są one niewątpliwie wyrazem różnej u różnych osobników wrażliwości narządów, względnie wyrazem różnego fizyologicznego napięcia i różnej fizyologicznej sprawności. Dawniej uważano to wszystko za wyraz wrodzonych biologicznych właściwości, za coś w rodzaju fizyologicznego temperamentu. Ale takie określenie nie rozjaśnia niczego, nie zadowalnia potrzeby wytłómaczenia toku fizyologicznych czynności we wszystkich szczegółach. Pytanie, dlaczego w szeregu zdrowych ustrojów pod wpływem podniet jednakowych powstają niejednakowe, co do stopnia, zjawiska, pozostaje na razie jeszcze bez odpowiedzi.

Medycyna doświadczalna, zajmująca się badaniem nerwowego układu wegetatywnego, utrwaliła i rozszerzyła wiadomości nasze o rozprzestrzenieniu nerwów wegetatywnych w narządach wewnętrznych, wykazała, że w każdym prawie z tych narządów znajdują się gałązki nerwowe, pochodzące tak z układu współczulnego, jak i układu autonomicznego. Skoro zaś oba te układy spełniają wobec siebie niemal zawsze rolę antagonistów, to jasną jest rzeczą, że różny stopień fizyologicznego podrażnienia jednej i drugiej grupy nerwowej wpływać musi w rozmaity sposób na ostateczną czynność wykonawczego narządu.

Z chwilą, kiedy pod wpływem badań organoterapeutycznych krystalizować się zaczęły coraz wyraźniej pojęcia o znaczeniu wydzielania wewnętrznego i t. zw. drażników, czyli hormonów narządowych dla wszelkiego rodzaju spraw wegetatywnych, kiedy poznano, że wytwory wydzielania wewnętrznego, używane w postaci wyciągów z rozmaitych gruczołów, w rozmaity sposób wpływają na układ nerwowy wegetatywny, stanęła na porządku dziennym sprawa wzajemnego stosunku rozmaitych wyciągów, względnie hormonów i sprawa złożonego, albo, mówiąc dobitniej, wypadkowego wpływu hormonów na przebieg czynności wegetatywnych i całego wegetatywnego życia ustroju. Dla badań doświadczalnych fizyologicznych i klinicznych stała się ona dostępną z chwilą, kiedy wydzielina układu chromochłonnego powszechnie uznana została jako typowy drażnik dla nerwu współczulnego. Przez porównanie można wtedy było oceniać dość ściśle wpływy innych gruczołów, służących przez swą wydzielinę sprawom biologicznym i określać ich biodynamiczne własności. Praca ta, gdy się rozpoczęła, doprowadzić musiała do rozdziału gruczołów, dostarczających wegetatywnych drażników i istotnie do niego doprowadziła. Jakkolwiek nie bez pewnych zastrzeżeń, rozróżniamy wśród nich dwie grupy: jedna przez swą wydzielinę stoi w bezpośrednim stosunku z układem nerwowym współczulnym, druga z układem autonomicznym. Podział ten jest potrzebny dla należytego uporządkowania wiadomości, zdobytych drogą doświadczeń na zwierzętach i drogą spostrzeżeń klinicznych; zupełnie ścisłym jednak być nie może wprost z tego powodu, że niektóre drażniki wywierają już same przez się wpływ wielostronny, posiadają biodynamiczną poliwalencyę, a nadto i dlatego, że obok skutków bezpośrednich, wzniecają także i wpływy pośrednie, które w mniejszym lub większym stopniu w dodatniem lub ujemnem znaczeniu skutki pierwotne miarkują albo nawet do pewnego stopnia zmieniają. Na tem wzajemnem oddziaływaniu polega właśnie równowaga fizyologicznego przebiegu spraw wegetatywnych. Zachwianie równowagi, zależne od stałych lub chwilowych zmian w wytwarzaniu, może i w składzie drażników wegetatywnych, wiedzie do wybitnych schorzeń, albo do przemijających, niekiedy okresowych zaburzeń czynnościowych.

Już z tych kilku uwag wynika, że t. zw. nerwice wegetatywne nie są w zasadzie bardzo często niczem innem, jak tylko wyrazem zmian w wytwarzaniu fizyologicznych hormonów, że właściwie mamy w nich obraz i następstwo nieprawidłowej czynności gruczołów, wyposażonych własnościami wydzielania wewnętrznego. Ale wynika i to także, że chyba tylko bardzo wyjątkowo spotkać można zaburzenia o zupełnie jednolitych cechach. Zwykle mieszają się ze sobą objawy nieprawidłowych czynności w najrozmaitszy sposób i trzeba je dopiero rozwikływać i krytycznie rozbierać na podstawie dokładnej znajomości fizyologii wydzielania wewnętrznego i wszystkich spraw wegetatywnych. Dopiero po takiej krytyce można je właściwie poszeregować i należycie ocenić. Na tle usiłowań, zmierzających do tego celu, rozwinął się w ciągu ostatnich lat nowy poniekąd kierunek badań, oparty na poznawaniu wzajemnego stosunku do siebie gruczołów, dostarczających drażników fizyologicznych.

Bez przesady utrzymywać można, że na uboczu nie pozostawiono żadnego gruczołu, o wszystkich starano się dowiedzieć nowych szczegółów. Ale pewniejsze nasze wiadomości nie są jeszcze bynajmniej powszechne, ograniczają się zaledwo do kilku narządów. Należą do nich, obok nadnerczy, tarczyca, przysadka mózgowa i trzustka, w małej części także ciałka przytarczyczne.

Z badań tych, ogromnie obszernych i wszechstronnych, postaramy się wyjąć te szczegóły, które są ważne dla przedstawienia wpływu wydzielin wymienionych gruczołów na wegetatywny układ nerwowy.

Wyrazem naszych zapatrywań na stosunek pierwszego z nich, t. j. tarczycy, do układu wegetatywnego jest m. in. teorya Möbiusa o istocie i o pochodzeniu choroby Basedowa, wyznawana obecnie przez przeważną większość patologów. Określamy ją mianem teoryi tarczycowej. Podstawę jej stanowi założenie, że nadmierna czynność tarczycy, a więc i nadmierna ilość wydzieliny, wzniecа szereg objawów, składających się razem na obraz choroby.

Porównanie tych objawów z następstwami drażnienia pewnych części układu nerwu współczulnego wykazuje nietylko znaczne podobieństwo, ale nawet w niejednym kierunku zupełną analogię. I ta analogia zjawisk kierowała niewątpliwie rozumowaniem twórców teoryi tarczycowej, a sama teorya ugruntować się musiała tem silniej, gdy poznano dokładnie i wszechstronnie następstwa zatrucia przetworami tarczycy i ujęto jego objawy w jedną całość pod nazwą hipertyreoidozy.

[51]) Eppinger, Falta, Rudinger. Zeitschrft f. klin. Mediz. T. LXVI. S. 1.

Tak w chorobie Basedowa, jak i w przewlekłem, doświadczalnem, lub w mimowolnem, leczniczem zatruciu tarczycowem szeregują się zboczenia w trzech grupach: w grupie objawów odżywczych, sercowych i naczyniowych i t. zw. ocznych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

J. Babiński: **Réflexes tendineux, réflexes osseux.** Paris 1912.

Praca ta powstała z czterech wykładów Babińskiego, wygłoszonych w paryskim szpitalu »Pitié«, spisanych przez Charpentiera i Jarkowskiego, a przejrzanych przez autora. Mimo niewielkich rozmiarów jest ona bardzo obfitą w treść i zawiera liczne bystre uogólnienia i linie wytyczne, oparte na zjawiskach, spostrzeżonych po raz pierwszy w znacznej części przez Babińskiego i ogłoszonych częściowo już dawniej bądź przez niego samego, bądź przez pracowników jego kliniki. Nadto stanowi praca ta poglądowe ujęcie wiadomości o odruchach i ich znaczeniu rozpoznawczem w klinice neurologicznej, przyczem autor wyświetla tylko te fakta, którym przypisuje donioślejszą wartość.

I. W wykładzie pierwszym po wstępnych uwagach historycznych i fizyologicznych, omawia autor szczegółowo metodykę badania, warunki ogólne i przedstawia poszczególne odrębne warunki i pozycye, konieczne dla każdego odruchu z osobna, aby obserwacya była owocną i umożliwiała właściwe wysnuwanie wniosków bez popełniania błędów technicznych. W ten sposób opisuje Babiński pięć kardynalnych odruchów: (1) kolanowy, 2) Achillesa, 3) odruch mięśnia trójgłowego ramienia — prostujący przedramię, 4) odruch zginający przedramię, 5) odruch zwracający na wewnątrz, t. j. pronacyjny), które, zdaniem Babińskiego, u zdrowych osobników bywają stale wykazalne. Zdania odmienne polegają często na błędnej technice wykonania. Tak n. p., badając odruch Achillesa sposobem Babińskiego, t. j. gdy chory klęczy na krześle, otrzymuje go się stale u wszystkich zdrowych osób, w czem przed Babińskim popełniano liczne błędy. Przy innych odruchach, poza pięcioma kardynalnymi, nie można stwierdzić stałego pojawiania się. Wprawdzie w sposobie powstawania odruchów są pewne różnice, tak co do progu kurczliwości, co do szybkości i nagłości skurczu, jak rozległości terenu reakcyi ruchowych i rozległości strefy, z której odruchy można wywołać, ale naogół bywają one u zdrowych stałemi. Stan wszystkich odruchów bez wyjątku po jednej stronie u zdrowych, zawsze odpowiada stanowi w symetrycznej drugiej połowie, co Babiński nazywa »prawem symetryi«. — W końcu zestawia autor tabliczkę, wykazującą lokalizacyę poszczególnych odruchów mięśniowych i kostnych w układzie nerwowym rdzeniowym.

II. Przedmiotem drugiego i dalszych wykładów jest zachowywanie się odruchów ścięgnistych i kostnych w stanach chorobowych. Czynnikiem przyczynowym dla zmiany odruchów są schorzenia, usadowione w jednej z 3 części, składających łuk odruchowy (dośrodkowej, tj. nerwu czuciowego lub rogów tylnych, centralnej tj. substancyi szarej, lub też odśrodkowej tj. rogów przednich, nerwu ruchowego lub mięśnia), albo też schorzenia wyższych części układu nerwowego, działające tylko pośrednio na łuk odruchowy. Autor omawia naprzód znamiona, umożliwiające rozpoznanie braku odruchów lub zmniejszonych odruchów i błędy, popełniane przy ocenie tego zjawiska.

W dalszym ciągu rozpatruje rozmaite rodzaje obniżonej lub zniesionej pobudliwości odruchowej. Choroby, wywołujące zniesienie lub zmniejszoną pobudliwość odruchów dzieli Babiński na 2 grupy. W pierwszej zjawisko to stanowi objaw pierwszorzędny (wiąd rdzenia, zapalenia nerwów, zapalenie przednich rogów rdzenia, choroba Friedreicha). W drugiej grupie zmniejszona pobudliwość odruchów stanowi objaw wprawdzie ważny, ale nie pierwszorzędny (zapalenia rozlane i poprzeczne rdzenia, ucisk na rdzeń, jamistość rdzenia i t. p.) W wiądzie rdzenia objaw ten został stwierdzony przez Westphala w r. 1875. Zniesienie odruchu kolanowego stanowi niekiedy wczesny objaw tej choroby. Także inne odruchy zanikają. Jeszcze ważniejszym wskaźnikiem początkowym jest w wiądzie według badań Babińskiego zniknięcie odruchu Achillesa, które stale poprzedza zanik odruchu kolanowego w tej chorobie. Niekiedy spotykamy po jednej stronie zanik odruchu Achillesa przy zachowanym odruchu kolanowym tejsamej strony, natomiast po stronie drugiej jest stan odwrotny, tj. zanik odruchu kolanowego przy zachowanym odruchu Achillesa. Odruchy na kończynach górnych, według spostrzeżeń Babińskiego, nikną zwykle później, niż dolne, wbrew przeciwnemu twierdzeniu Fraenkla. Przed zanikiem odruchy przechodzą okres słabnięcia, i to przeważnie asymetrycznego. Zanik odruchów niekiedy się nie uogólnia, lecz ogranicza się, i to najczęściej do ścięgna Achillesa. Bezładowi ruchów przy wiądzie towarzyszy stale brak odruchów. Na nowo pojawić się one mogą tylko przy wikłającem porażeniu połowiczem z zajęciem dróg piramidalnych. Przy zapaleniach nerwów zniesienie odruchów może być również ogólnem lub ograniczonem, (przy alkoholowem kolanowy i Achillesa, przy ołowiowem — odruchy kończyn górnych). W przeciwieństwie do wiądu zanikłe odruchy mogą się na nowo w tych stanach pojawić. Przy zapaleniach nerwów inne objawy (bóle, porażenia, zaniki mięśniowe) poprzedzają ustanie odruchów. Przy wątpliwem rozpoznaniu rwy kulszowej zniesienie odruchu Achillesa ustala rozpoznanie tego cierpienia. Przy zapaleniu nerwu promieniowego (névrite radiale), opisanem po raz pierwszy przez Babińskiego, występują gwałtowne, przeszywające bóle, głównie w tylnej części ramienia, lekki zanik mięśnia trójgłowego ramieniowego, zmniejszenie pobudliwości elektrycznej i zanik odruchu wyprostnego przedramienia. Podczas, gdy przy zapaleniach nerwów zajęte są drogi dośrodkowe lub odśrodkowe łuku odruchowego, to przy zapaleniu rogów przednich objaw ten zależy od schorzenia samych ośrodków odruchowych, przyczem odpowiednio do miejsca i obszaru schorzenia — różne odruchy i w różnych rozmiarach zanikają. Przy sprawie przewlekłej odruchy zanikają na stałe, przy ostrej mogą się na nowo pojawić. W chorobie Friedreicha bywają odruchy stale i niezmiennie zniesione.

Choroby drugiej grupy, mianowicie zapalenia rdzenia, nowotwory, wybroczyny śródrdzeniowe, wywołują osłabienie lub zniesienie odruchów, odpowiednio do tego, które włókna lub komórki łuków odruchowych zostały zajęte, tak, iż badając same odruchy, można do pewnego stopnia określać siedzibę sprawy chorobowej, czego jednak przy syryngomyelii i glejakach czynić nie można. Przy złamaniach i zwichnięciach kręgów, przy próchnieniu kręgosłupa, przy różnych sprawach zapalnych i nowotworowych opon brak odruchów zależy od ucisku rdzenia. Wszelako spostrzeżenia Babińskiego, poczynione wspólnie z Jarkowskim i Jumentiém dowodzą, że ucisk rogów rdzenia nie zawsze w takich przypadkach wystarczy do zniesienia odruchów. Przy zapaleniach kręgosłupa zniesienie odruchów kolanowych i Achillesa powstaje, jak to wykazał Babiński, z powodu szerzenia się sprawy zapalnej na nerw korzonkowy lub mieszany. Brak odruchów, połączony z bólami błyskawicznymi, może naśladować wiąd rdzenia. Dlatego stworzył Babiński dla tej postaci zapalenia kręgosłupa nazwę »pseudotabes spondylosique«.

Co do spraw mięśniowych, to przy ostrem zapaleniu mięśni bywa osłabienie odruchów. Przy postępującym

zaniku mięśni stwierdzili Babiński i Jarkowski równoległość zaniku odruchów ścięgnistych z zanikiem pobudliwości mięśniowej i wyrażają przypuszczenie, że zjawisko to zależy od zmiany w mięśniach. Przy myastenii zauważył Babiński zgodnie z Erbem, że odruchy bywają osłabione, ale nigdy nie znikają. — Tak zwane okresowe porażenia, połączone z czasowem znikaniem odruchów, uważa Babiński za chorobę mięśni.

Co do faktu, czy zmiany w układzie nerwowym odśrodkowym, usadowione ponad ośrodkami dla odruchów ścięgnistych, mogą wywołać zanik odruchów, to sprawę tę uważa Babiński dotąd za nierozstrzygniętą.

III. Odruchy wzmożone napotykamy przy zaburzeniach dróg piramidalnych, usadowionych ponad ośrodkami odruchowymi. Jeżeli odruchy są obustronnie żywe, ale po jednej stronie wybitniejsze, to za wzmożony uważać powinniśmy stopień odruchów po stronie chorej, w regule ogólnej zaś za wzmożone chorobliwie powinniśmy uważać odruchy wówczas, gdy pobudzenie ścięgna wywołuje w przynależnej grupie mięśni seryę odruchowych regularnych skurczów rytmicznych zupełnie bez udziału woli. Zjawisko to znane jest w klinice przy odruchu stopowym, nazywanym: »epilepsia spinalis«, »clonus« stopowy i »drżenie padaczkowate stopy«. Przy drżeniu stopy (clonus) nie powinny występować dowolne skurcze mięśni goleni, albowiem w przeciwnym razie jest to drżenie, nazwane przez Babińskiego »fruste«, pojawiające się przy zupełnie zdrowym układzie nerwowym. Prócz drżenia stopy spostrzegamy to zjawisko przy »tańcu rzepki« (danse de la rotule), który przejawia się skurczami mięśnia czworogłowego, następującymi po gwałtownem odepchnięciu rzepki ku obwodowemu końcowi nogi. Takie samo zjawisko stanowi t. zw. »drżenie padaczkowate ręki«, opisane przez Boucharda. Również jeżeli jednorazowe uderzenie ścięgna wywołuje szereg wstrząśnień następowych, to mamy odruch polikinetyczny (Charpentiera). Do zjawisk, należących do kategoryi wzmożonej pobudliwości, zaliczamy też objaw Rossolimo (podrażnienie palców u nogi wywołuje odruchowe ich zgięcie) oraz objaw Mendla-Bechterewa (odruchowe zginanie się palców stopy przy opukiwaniu grzbietu stopy, któreto opukiwanie w stanie prawidłowym pociąga za sobą prostowanie czterech ostatnich palców u stopy).

Wzmożenie odruchów może być jednostronne, przy zajęciu układu piramid, a to zwykle strony przeciwnej, lub obustronne obu kończyn dolnych, zależne zwykle od sprawy rdzeniowej, a wyjątkowo od spraw mózgowych obustronnych. Nadto wzmożenie odruchów może dotyczyć jednej tylko kończyny dolnej lub górnej, obu kończyn dolnych i górnych równocześnie, albo też obu dolnych, a jednej górnej kończyny. Wzmożenie odruchów o wiele rzadziej, niż ich zniesienie, bywa samo przez się jedynym znakiem chorobowym (bez porażeń, przykurczeń i t. p.). Do chorób mózgowych, przebiegających zazwyczaj choćby czasowo ze wzmożeniem odruchów, należą krwotoki, rozmiękknienia, guzy i t. p. W tych sprawach stopień wzmożenia odruchów bywa zazwyczaj proporcyonalny do stopnia porażenia. O ile porażeniom mózgowym towarzyszy następowe zwyrodnienie, to wówczas, według spostrzeżeń Babińskiego, zawsze stwierdzamy odruchy wzmożone. Brak wzmożonych odruchów dowodzi, według Babińskiego, że nie ma następowego zwyrodnienia dróg piramidowych. Uważa on to wręcz za znak rozpoznawczy w takich przypadkach, dowodzący, że przy danej sprawie organicznej zachodzi tylko ucisk okolicy Rolanda, bez następowego zwyrodnienia. Przy chorobach rdzenia wybitne wzmożenie odruchów może przebiegać przy zupełnem zachowaniu siły mięśniowej, a zatem inaczej, jak przy sprawach mózgowych. Przy rdzeniowem kurczowem porażeniu Erba i syryngomyelii odruchy zwolna potęgują się i zostają na stałe wzmożonymi. Przy kile rdzenia i stwardnieniu rozsianem przy chorobie Potta, ucisku rdzenia przez nowotwory, w stwardnieniu powrózków bocznych (sclerosis lateralis amyotrophica) może wzmożenie odruchów zniknąć. Przy poprzecznem zapaleniu rdzenia bywa wzmożenie odruchów objawem późnym, poprzedzonym zazwyczaj przez okres osłabienia lub zniesienia odruchów. — W niedokrwistości odruchy bywają wzmożone. Przy gruźlicy znaczne wzmożenie odruchów można odnieść do toksycznego podrażnienia dróg piramidalnych. Przy zatruciu strychniną jest wzmożenie odruchów objawem wręcz charakterystycznym. W okresie początkowym i późnym padaczki bywają odruchy wzmożone. Sprawy kostne i stawowe, drażniąc czuciowe włókna nerwów, mogą wywołać wzmożenie odruchów, zwłaszcza w okolicy, sąsiadującej z punktem wyjścia sprawy chorobowej.

Na zakończenie trzeciego wykładu omawia Babiński wpływ różnych przyczyn, bądź działających równocześnie oddzielnie na różne odruchy mięśniowe, bądź też działających równocześnie na jeden mięsień, ale w antagonistycznych kierunkach odruchowych.

IV. W czwartym wykładzie omawia Babiński odruchy skórne, względnie obronne (jądrowe, odruchy powłok brzusznych, odruchy podeszwowe i odbytowe), ich stosunek do odruchów mięśniowych i indywidualne różnice w ich natężeniu. Przedstawia, jak się przejawia wzmożenie odruchów skórnych i jak należy stwierdzać stopień ich natężenia, jak się zachowują odruchy skórne w cierpieniach, w których odruchy mięśniowe są zniesione, jak również przy zajęciu dróg piramidowych i chorobach ze wzmożonymi odruchami mięśniowymi.

W dalszym ciągu omawia Babiński związek, zachodzący między odruchami ścięgnistymi, a przykurczeniami mięśniowemi i odruchami skórnymi i rozwija na tem tle teoretyczne podstawy zabiegu Foersterowskiego.

W końcu przedstawia Babiński swoje poglądy na zachowywanie się odruchów ścięgnistych w histeryi, które głosi od r. 1893, a które są dyametralnie przeciwne temu, co dawniej sądzono. Dają się one streścić w następujący sposób: 1) Suggestya pozostaje zupełnie bez wpływu na stan odruchów w histeryi. 2) Porażenia, połączone z zanikiem lub wzmożeniem odruchów, nie podlegają leczeniu przez poddawanie. 3) Połowiczemu porażeniu histerycznemu nie towarzyszy wzmożenie odruchów po stronie porażonej. Takie bowiem przypadki nie są histeryą i nie dadzą się przez suggestyę wyleczyć.

Dr M. Blassberg.

H. Finkelstein. **Lehrbuch der Säuglingskrankheiten.** Część II. Berlin 1912.

Między pojawieniem się pierwszej i drugiej części upłynął okres sześcioletni, którego autor użył na wyczerpujące przerobienie działu o zaburzeniach w odżywieniu u osesków. I rzeczywiście natrafiamy tu na całkiem odrębne poglądy, na zupełny przewrót w sprawie najaktualniejszej z dziedziny pedyatryi. Poglądy te są tembardziej ciekawe, że nie są zdobyte badaniami przemiany materyi, lecz tylko ścisłą obserwacyą kliniczną ogromnej liczby przypadków, a więc badaniem ciepłoty, tętna, oddychania, badaniem moczu i t. d. A więc, jak widzimy, zupełny przewrót, zupełne zarzucenie mozolnych badań przemiany materyi, które tak ważną w ostatnich latach odgrywały rolę.

Nietylko jednak ten dział, ale i inne, jak choroby przewodu pokarmowego, narządu oddechowego, choroby skórne u osesków, wyczerpująco są omówione i na każdą z nich podaje autor poglądy nowe, a co najważniejsze, zdobyte ścisłą obserwacyą kliniczną. Nie ulega też wątpliwości, że dzieło Finkelsteina pierwszorzędne w pedyatryi zajmie stanowisko i odda lekarzom cenne usługi.

Dr Jan Landau sen.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Weiss: **Leczenie gruźlicy przetworami tuberkulinowemi.** (Kuracisto 1912 Nr 2). Tuberkulinę stosujemy w celach rozpoznawczych i leczniczych. Do celów rozpoznawczych służą następujące odczyny: a) Odczyn skórny Pirqueta, który ma znaczenie rozpoznawcze tylko u dzieci, gdyż prawie u wszystkich dorosłych bywa dodatnim. b) Wcieranie maści Moro jest odczynem niepewnym, przy którym trudno jest odróżnić, czy odczyn jest słabo dodatni, czy też ujemny. c) Przed odczynem ocznym autor przestrzega, gdyż spostrzegał następowe oślepienie. d) Za najlepszy sposób uważa autor wstrzykiwanie podskórne starej tuberkuliny, która wywołuje w razie dodatniego wyniku podniesienie się ciepłoty o $^1/_2$ stopnia.

Podczas gdy wstrzykiwania rozpoznawcze robi się starą tuberkuliną, zmierzając do wywołania gorączki odczynowej, to wstrzykiwania lecznicze robi się nową tuberkuliną (mieszanką bakteryi), starając się unikać podniesienia ciepłoty. Leczenie zaczyna się od $^1/_{500}$ miligrama nowej tuberkuliny. Jeżeli ciepłota podniesie się, to ponawia się dalej tesame dawki, aż ciepłota będzie prawidłową. Jeżeli natomiast ciepłota pozostaje prawidłową, to wstrzykuje się kolejno $^2/_{400}$, $^3/_{500}$ i t. d. z jednodniową lub dwudniową przerwą przed każdem następnem wstrzyknięciem. Po $^{10}/_{500}$, to jest $^1/_{50}$, następuje $^2/_{50}$ i tak dalej aż do $^5/_{50}$, to jest do $^1/_{10}$, potem powiększa się dawkę o $^1/_{10}$ aż do $^{10}/_{10}$, t. j. do 1 miligrama. Przy sporządzaniu rozczynów musi się dbać o bardzo staranne wyjaławianie, a do rozczyniania używa się świeżo sporządzonego i wyjałowionego rozczynu 0·6 soli kuchennej. Leczenie kończy się po dojściu do dawki 1 miligrama, o ile ta dawka nie wywołuje żadnego odczynu. W razie ponowienia się objawów choroby można powtarzać później leczenie, ale wówczas nie należy dochodzić do tak wysokich dawek. Najlepiej nadają się do tego leczenia przypadki bezgorączkowe, ale i gorączka często znika pod wpływem tego leczenia. W razie istniejącej gorączki należy stosować to leczenie bardzo ostrożnie i tęsamą dawkę powtarzać dopóty, aż ciepłota nie spadnie. Ambulatoryjnie można stosować leczenie to tylko u chorych inteligentnych, którzy regularnie i ściśle mierzą ciepłotę. Również i o innych warunkach higieniczno-dyetetycznych nie należy zapominać. Dr M. Blassberg.

Gilbert: **O samoistnym napadowym hemoglobinomoczu** (Paris méd. 1912 Nr 48). U osób, dotkniętych samoistnym hemoglobinomoczem napadowym, stwierdzamy także poza napadami pewne żółte zabarwienie skóry, z dziennemi wahaniami w natężeniu, atoli bez udziału spojówek. Przyczyną tego jest zwiększona ilość bilirubiny we krwi, którą prawidłowo znajdujemy w ilości 1 grama na $3^1/_2$ litra, a której ilość zwiększa się przeszło w dwójnasób. Natomiast w moczu nie stwierdzamy barwików żółciowych. Wątroba i śledziona bywają powiększone. Białkomocz bywa nieznaczny i pojawia się tylko od czasu do czasu. Zazwyczaj bywa białkomocz u kilku członków rodziny chorego. Napad hemoglobinomoczu można sztucznie wywołać zapomocą próby Ehrlicha, każąc choremu trzymać przez pół godziny ręce w zimnej wodzie o ciepłocie 0° C. Chory Gilberta w 2 godziny po tej próbie oddał pierwszy mocz koloru wina Malagi, następny mocz był barwy różowej, a trzeci z kolei miał już prawidłowe zabarwienie. Pod drobnowidem nie stwierdza się w osadzie moczowym krwinek czerwonych, jest to zatem zjawisko, zależne od rozpuszczania się hemoglobiny. Nazajutrz wystąpiło u chorego Gilberta żółtaczkowe zabarwienie skóry, a we krwi stwierdzono bilirubinę w ilości 1 grama na 5 litrów, a zatem w ilości potrójnej. Badanie hemoglobiny wykazało znaczny spadek odporności wobec rozczynów słonych, atoli stan ten wkrótce ustąpił. Źródła kruchości krwinek przy tem cierpieniu dopatruje się Gilbert w hemolizującem działaniu śledziony, a zimno wywołuje jego zdaniem tylko odruchową pobudkę dla takiego nieprawidłowego działania śledziony. Następnie dokonuje się w nerkach dalsza destrukcya krwinek i rozpuszczenie hemoglobiny. Dalszy rozwój żółcicy i żółtaczki powstaje prawdopodobnie z powodu przemiany hemoglobiny w bilirubinę. Nie wiadomo jeszcze, czy ta przemiana odbywa się w wątrobie, czy w śledzionie. W ogólności uważa Gilbert hemoglobinurye napadową za wielogruczołowy zbiór objawów, a mianowicie za zespół śledzionowo-wątrobowo-nerkowy. Dr Blassberg.

Prof. Bonis i Renga. **O rozpoznawaniu gruźlicy sposobem Marmorka.** (La Riforma medica Nr 27 1912). Już dawniej rozmaici autorowie próbowali przy gruźlicy w celach rozpoznawczych podobnej techniki, jak przy odczynie Wassermanna, sądząc, że niwecznikiem będzie jakaś antytuberkulina, znajdująca się w ustroju danych osób, ponieważ jako antygenu używali tuberkuliny; wyniki jednak były ujemne. Również sposób Marmorka polega na zastosowaniu do gruźlicy zjawiska odchylenia dopełniacza, tylko, że Marmorek szukał w surowicy krwi, względnie w moczu, nie niwecznika, lecz substancyi toksycznej. a więc antygenu; badania swe przeprowadził nad moczem i surowicą krwi u 600 gruźliczych i tylko w 5% przypadków otrzymał wyniki przeciwne rozpoznaniu klinicznemu. B. i R. ograniczyli swe doświadczenia w tym kierunku tylko do moczów ludzi, dotkniętych napewno gruźlicą i do moczów świnek morskich, umyślnie zakażonych prątkiem Kocha. Składniki, których używał Marmorek i którymi posługiwali się B. i R. przy odczynie Bordeta i Gengou w odniesieniu do gruźlicy są następujące: antygen produkt bakteryjny, znajdujący się według Marmorka w surowicy krwi i moczu gruźliczych, niwecznik zawarty w zwykłej przeciwgruźliczej surowicy Marmorka, t. zn. zwróconej tylko przeciw prątkom Kocha, względnie ich produktom i komplement (dopełniacz), t. j. świeża surowica świnki morskiej. System hemolityczny składał się z ciałek czerwonych barana i surowicy hemolitycznej królika. W 15 przypadkach gruźlicy ludzkiej, w tem kilka gruźlicy chirurgicznej, był odczyn Marmorka zawsze dodatni z wyjątkiem jednego, gdzie zachodziło zapalenie nerek. W gruźlicy doświadczalnej u świnek morskich wynik odczynu był zawsze dodatni, t. zn. zupełny brak hemolizy. Metoda Marmorka ma więc wielkie znaczenie dla wczesnego poznania gruźlicy, zwłaszcza, że przeprowadza się ją poza ustrojem chorego. Oczywiście, jak i przy innych próbach serodyagnostycznych, tak i tutaj wynik ujemny nie wyłącza stanowczo gruźlicy; natomiast wynik dodatni w wątpliwych przypadkach skłania nas do tego rozpoznania. Dr T. T.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Jodival stawia Dorn najwyżej wśród wszystkich przetworów, stosowanych w zastępstwie jodku potasu; lek ten bowiem nie wywiera działań ubocznych, w szczególności nie wywołuje przypadłości żołądkowych, łatwo się wchłania i szybko działa Dorn stosował jodival głównie w stwardnieniu tętnic, w zmianach naczyń na tle kiłowem, oraz w chorobach narządu oddechowego. (Allg. med. Zentr. Ztg. 1912. Nr 46). Kn.

Przetwory naparstnicy, podawane wewnętrznie, wywierają według badań Ogawy działanie z rozmaitą szybkością zależnie od swej wessalności w przewodzie pokarmowym. Zawarte w naparstnicy glikozydy skuteczne (t. zw. glikozydy frakcyi digitoksynowej) ulegają w jelitach wes-

saniu wogóle powoli; przy doświadczalnem utrudnieniu krążenia wrotnego wessanie prawie zupełnie ustaje (czem może tłómaczy się bezskuteczność wewnętrznego podawania naparstnicy przy zastojach w krążeniu w zakresie żyły wrotnej). Jednym z najlepiej wessalnych przetworów naparstnicy jest według Ogaty digipuratum (Deuts. Archiv. f. klin. Medizin. 1912, T. 108). Kn.

Digipuratum, nastój i proszek naparstnicy badał porównawczo Schrenk. Dawka digipuratum wynosiła przy wadach zastawkowych 0·2—0·4 dziennie; ogólna ilość leku w różnych postaciach chorób serca bywała różna, i tak w niedomykalności zastawki dwudzielnej dochodziła do 2·2, w zwężeniu ujścia żylnego lewego do 2·8 (w 10 dniach), w zwężeniu z niedomykalnością tylko do 1·5, w niedomykalności zastawek aorty do 2·5. Źle oddziaływały tylko te przypadki, gdzie mięsień sercowy był w złym stanie, zwłaszcza przy osłabieniu samej tylko komory prawej w następstwie zmian w krążeniu małem. U dotkniętych miażdżycą tętnic trzeba naparstnicę i wszelkie jej przetwory stosować wogóle z wielką ostrożnością, w przeciwnym bowiem razie bardzo łatwo pogarsza się czynność wydzielnicza nerek. (Münchener med. Woch. 1912. 53). Knl.

Arsentriferrol i arsentriferrin mają według prof. Ewalda tę zaletę, że nawet przy dłuższem stosowaniu nie drażnią żołądka, a dobrze się wchłaniają. Ewald nie wahał się też używać tych przetworów przy wrzodzie żołądka (28 przypadków), braku soku żołądkowego (4), raku żołądka (6), oraz przy wiądowych przełomach żołądkowych (2 przypadki), podając je przez 10 dni do 5 tygodni. W przypadkach tych wzrastał ciężar ciała i odsetek hemoglobiny we krwi, nawet w przypadkach raka; tylko dwaj chorzy na wrzód żołądka nie znosili arsentriferrolu. (Med. Klinik, 1913, 3). Knl.

W białaczce zaleca Kiralyfi leczenie benzolem, który wywołuje zmniejszanie się liczby ciałek białych, śledziony i gruczołów. Przy leczeniu tem konieczne jest ciągłe badanie krwi. Zapisuje się: »Rp. Benzoli chem. pur., olei oliv. aa 0·5, da ad caps gelat., dent. dos. Nr centum. S. po jedzeniu 4 kapsułki dziennie, potem trzy razy po dwie, 4 razy po dwie, w końcu 5 razy po dwie«. (Wiener klin. Woch. 1912, Nr 35). A.

W ostrym gośćcu stawowym zaleca Junghans dwa razy dziennie (po lewatywie wypróżniającej) wlewania do kiszki stolcowej po 50 cm^3 5% rozczynu kollargolu. (Deutsche med. Woch. 1912, Nr 45). A.

Pot gruźliczych zawiera podług Pieryego w 40% prątki żywotne, nawet i w przypadkach gruźlicy chirurgicznej. Należy też pamiętać o tem i bieliznę i pościel chorych odkażać, jako możliwe źródło zakażenia. (Rev. de ther. méd. chir. April 1912). A.

Białkomocz ortostatyczny występuje bardzo często u osób gruźliczych, jak to wykazują badania Hinzego i Torina. (Beitr. zur Klinik der Tuberk. XXIV-2). A.

Przy niedokrwistościach i błednicach stosuje Michaiłow z bardzo dobrym skutkiem zamiast żelaza i arsenu, wyciągi ze śledziony. Zwiększa się przytem szybko ilość hemoglobiny i ciałek czerwonych. Wyciągi te (lienin Poehla) stosuje M. częścią podskórnie, częścią wewnętrznie. (Russkij Wracz. 1912, Nr 2). A.

Codeonal podawał prof. Marcantoni (Gazz. degli osped. 1912, Nr 142) z dobrym wynikiem w bezsenności histerycznej i neurastenicznej, oraz w nerwicach narządów trawienia i krążenia. Kn.

Fibrolizynę Mercka (co 3—4 dni ampułka śródmięśniowo w pośladki) zaleca Max Fraenkel za wzorem Nonnego w stwardnieniu rozsianem mózgowordzeniowem. Fraenkel stosował to leczenie w 54 przypadkach w szpitalu Eppendorf i w 21 przypadkach z praktyki prywatnej; u 33 chorych nie było skutku, u 15 osiągnął niejakie polepszenie, u 27 znaczną, prawie wyleczeniu równą poprawę. (Neurol. Zentralbl. 1913, 1). Mk.

W zapaleniach gardła różnego rodzaju stosował Köhler z bardzo pomyślnym wynikiem perhydrol do pędzlowań (1:10 gliceryny) i płukań (na szklankę wody łyżka rozczynu 6:300). W zapaleniu nieżytowem działały pędzlowania niemal poronnie, w mieszkowem powstająca przy pędzlowaniu piana wyrzuciła czopki z lakun migdałkowych; w błonicy pędzlowania i płukania, działając odkażająco, przyspieszały także oddzielanie się błon. (Klin.-therap. Wochschr. 1913, 3). Mk.

Chineonal stosowali Fraenkel i Hauptmann (Mediz. Klinik, 1912, Nr 46) w 30 przypadkach krztuśca; w 26 wynik był dodatni, w 4 ujemny. Chineonal zmniejszał liczbę i siłę napadów kaszlu, wymioty ustępowały, apetyt powracał. Działanie ma być skuteczniejsze, jeżeli przedtem stosowano chininę. Dawka dzienna w pierwszym roku życia 3 razy po 0·1, u starszych 3 razy po 0·2. Dobre wyniki stosowania chineonalu miał także Armbruster. (Deut. med. Presse, 1912, Nr 22). Mk.

Przy moczeniu nocnem zaleca Klotz dyetę roślinną, gdyż rośliny, jako dające dużo kału, odprowadzają jelitami płyny. (Deutsche med. Woch. 1912, Nr 42). A.

W nieżytach jelit u dzieci polega leczenie przedewszystkiem na odpowiedniej dyecie; jednakże obok niej dzielną pomocą są leki, zwłaszcza przetwory garbnika. Najużywańsza z nich tannalbina wywiera, jak przekonał się doc. Sittler (Die exsudativ-haemorrhagische Diathese, Würzburg 1913) pełny wpływ dopiero przy użyciu dużych dawek; i tak u niemowląt w pierwszym roku życia najmniej 3—5 gramów na dzień, u starszych 5—8 gramów, powyżej wieku niemowlęcego około 10 gramów (lek jest zupełnie nieszkodliwy). Trudność podawania tak wielkich dawek, które dzieci w formie proszku biorą nieraz niechętnie, ominął S., przepisując tannalbinę w mieszaninie następującej: »Rp. Tannalbin, kakao aa 50.0, pulv. aromat. 2.0, saccharin. 0·8—1·0, vanillin. 0·1«. Kn.

Arsentriferrin stosował Johem w 32 przypadkach niedokrwistości, zołzów, wyczerpania i t. d. ze skutkiem pomyślnym. Dzieci brały lek ten chętnie. J. podawał 3 razy dnia u dzieci po jednym, u dorosłych po 2 kołaczyki w pół godziny po jedzeniu. W dyecie unikać należy przy tym leku korzeni i owoców. (Aerztl. Mitheil. 1912, Nr 50). Kn.

Zjazd kinematograficzny w Berlinie uchwalił na przedstawieniach kinematograficznych przedstawiać obrazy, mające za cel kształcenie ludności w higienie. Tak np. przedstawiane będą: opieka nad zębami młodzieży szkolnej, opieka nad niemowlętami i położnicami, walka z gruźlicą itp. X.

Kuatsu, bardzo prosty japoński sposób ratowania nieprzytomnych, polega na rytmicznem uderzaniu dłonią, młotkiem i t. p. w okolicę wyrostka ościstego VII kręgu szyjnego. Zwłaszcza znakomite skutki wywierał ten sposób w razie zapadu w uśpieniu, przy zapaleniu płuc i t. d. (Korr. f. schweizer Aerzte, 1912, Nr 11). A.

Odkażanie rąk wykonuje Marquis jedynie przez mycie ich skrupulatne przez 10 minut 90% alkoholem. Sposób ten uważa M. na podstawie badań bakteryologicznych co najmniej za nie gorszy od innych sposobów odkażania rąk. (Revue de chir. Febr. Mars. 1912). A.

Rękawiczki gumowe odkażają Arnd i Rusca przez umieszczanie ich po mechanicznem odczyszczeniu na 10—12 godzin w 5‰ rozczynie kwasu siarkowego. Przed użyciem opłukuje się rękawiczki w jałowej słonej wodzie. (Therap. Monatschr. 1912, Nr 9). A.

Sprawy Towarzystw naukowych

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Sprawozdanie z działalności Towarzystwa za r. 1912.

Skład osobisty Towarzystwa: Dn. 31 grudnia 1912 r. Towarzystwo liczyło: członków honorowych 40, korespondentów 22, czynnych 95. Zarząd Towarzystwa stanowili: Sekretarz stały kol. K. Jasiński, prezes kol. Krusche, wiceprezes S. Sterling, sekretarz I E. Sonenberg, sekretarz II A. Tomaszewski, skarbnik H. Trenkner, bibliotekarz I Z. Prechner, bibliotekarz II Goldberg. — Komitety stałe: a) Biblioteczny: M. Cohn, Goldman i Trenkner. b) Komisya rewizyjna: W. Littauer, Koliński i Golc. Skład sądu przy Towarzystwie: Członkowie sądu koledzy: Jasiński, Sterling, Grabowski, J. Michalski, Pieniążek do września r. b., a od września: Sonenberg; zastępcy: Sonenberg (od września r. ubiegłego), Skalski. Komitety czasowe: 1) W celu opracowania dezyderatów w sprawie walki z ospą wybrano komisyę, do której weszli koledzy: Skalski, Rueger, Łuczycki. 2) Komisya, składająca się z kolegów: Grabowskiego, Pinkusa i Łuczyckiego, wybrana została do obradowania łącznie z delegatami Towarzystwa higienicznego i Stowarzyszenia techników nad sprawami przyszłego samorządu, wchodzącemi w zakres higieny społecznej.

W roku sprawozdawczym przyjęto w poczet członków Towarzystwa kolegów: Langego, Tereszkowicza i Weissberga. Wystąpili z Towarzystwa koledzy: Łuniewski i I. Silberstrom.

Do żałobnej karty zapisujemy duże straty, jakie poniosło Towarzystwo w roku sprawozdawczym: 1) Zmarł ś. p. kolega Henryk Kadyi, profesor uniwersytetu lwowskiego, członek honorowy naszego Towarzystwa, mąż wielkich zasług na polu naukowem i dydaktycznem. Zmarł jako ofiara powołania. 2) Umarł ś. p. kol. Julian Lohrer, ceniony dla swej prawości charakteru i wiedzy fachowej, pierwszy prezes naszej instytucyi, który przez 11 lat z rzędu godnie piastował to stanowisko. Ś. p. kol. Lohrer był również pierwszym członkiem honorowym naszego Towarzystwa. Nad grobem zmarłego oraz na posiedzeniu Towarzystwa w d. 22 maja przemawiał prezes kol. Krusche. 3) Z szeregu Towarzystwa ubył kol. Jakób Birencweig, który, jako dermatolog o rozległej wiedzy i dużem przygotowaniu naukowem, zajmował przodujące u nas stanowisko, a osobistymi zaletami, prawym charakterem i szczytnem pojmowaniem stanowiska lekarza wyróżniał się bardzo. Zmarły kolega był członkiem Zarządu i uczestniczył w pracach naukowych Towarzystwa, zwłaszcza przed laty, bardzo żywo. Zmarł w sile wieku. Nad grobem ś. p. kol. Birencweiga przemawiał w imieniu Towarzystwa prezes kol. Krusche, a na posiedzeniu w d. 2 października r. ubiegłego dłuższe wspomnienie poświęcił pamięci zmarłego wiceprezes kol. Sterling.

Zarząd Towarzystwa odbył w ciągu roku 4 posiedzenia. Towarzystwo odbyło 20 posiedzeń. Wykładów i rozpraw odczytano 18. Z dziedziny dyagnostyki 1 (kol. Chodźko), z dziedziny lecznictwa 3 (Sterling, Tomaszewski, Schreiber, Gromski), chorób wewnętrznych 1 (Rosenthal), chorób nerwowych 2 (kol. Klozenberg, Pański), chirurgii 2 (Krusche, Goldman), chorób dziecięcych 1 (kol. Lipszyc), chorób przemiany materyi 1 (kol. Birencweig) chorób skórnych i wenerycznych 1 (Sonenberg), z zakresu zagadnień teoretycznych 1 (Sterling), spraw fabryczno-lekarskich 1 (kol. Grabowski), lecznictwa doświadczalnego 1 (kol. Maybaum), statystyki chorób nagminnych 2 (kol. Skalski, Maybaum), bakteryologii 1 (kol. Silberstrom). Chorych w roku sprawozdawczym pokazano 31. Z dziedziny chirurgii 13 (kol. Goldman, Perlis, Eisner, Goldberg); chorób wewnętrznych 2 (kol. Sterling, Tereszkowicz), chorób nerwowych 5 (koledzy Kaufman, Pański, Tomaszewski, Klozenberg, Trenkner). chorób skórnych 2, (kol. Grosglik, Klozenberg), chorób oczu 1 (kol. Koliński), zaburzeń w przemianie materyi 2 (kol. Maybaum, Tenenbaum), teratologii 1 (kol. Goldman), z dziedziny niezwykłych przypadków kazuistycznych 1 (kol. Tenenbaum), przypadki z nieustalonem rozpoznaniem choroby 3 (Goldenberg, Pański, Trenkner). Materyału do demonstracyi z wyjątkiem kilku przypadków, dostarczyły szpitale: Poznańskich, Anny Maryi, Aleksandra i ambulatoryum Towarzystwa dobroczynności. Preparatów anatomo-patologicznych, rentgenogramów i t. d. pokazano 20 (kol. Goldman, Perlis, Goldberg, Pański, Tomaszewski). Z dłuższych omówień, których treścią były przypadki kazuistyczne, nowe metody lecznicze, sprawozdania ze zjazdów i t. d., wymienić należy przemówienia kolegów: 1) Goldmana: »Omówienie 2 przypadków z dziedziny chirurgii dróg żółciowych«. 2) Kol. Goldberga: »O nowej przez siebie opracowanej metodzie operowania przepukliny«. 3) Kol. Mogilnickiego: »Sprawozdanie ze Zjazdu międzynarodowego pedyatrów w Paryżu«. 4) Kol. Bogusławskiego: »Uwagi w sprawie dezynfekcyi miejskiej z pokazami doświadczeń z różnymi środkami dezynfekcyjnymi i uzasadnieniem potrzeby domu izolacyjnego«. Dyskusye nad odczytami i pokazami były na ogół ożywione i odznaczały się przygotowaniem i większem pogłębieniem przedmiotu ze strony biorących udział w dyskusyi. Niektóre przemówienia w dyskusyach stanowiły nawet uzupełnienie odczytów, do takich zaliczyć należy przemowienia: 1) kol. Kaufmana, przemówienie, stanowiące pogląd krytyczny na sprawę zastąpienia stosunku przyczynowego w biologii przez podstawienie zamiast niego warunków zjawiska (w dyskusyi nad odczytem: »O myśleniu warunkowem w medycynie«); 2) Sonenberga: O poglądach istniejących w dermatologii na stosunek, zachodzący między wyrzynaniem się zębów, a powstaniem niektórych cierpień skóry (w dyskusyi nad odczytem: »O trudnem wyrzynaniu się zębów w świetle nowoczesnych poglądów); 3) Kol. Trenknera: O demineralizacyi ustroju w przebiegu gruźlicy i o opartem na tem zjawisku leczeniu fosfacytenem (w dyskusyi nad odczytem: »O istocie i znaczeniu nad i niedokwasowości moczu«).

Sekcya neurologiczno-psychiatryczna w roku ubiegłym według sprawozdania sekretarza sekcyi kol. Klozenberga, odbyła 6 posiedzeń, w tej liczbie jedno wspólne z członkami sekcyi neurologiczno-psychiatrycznej Towarzystwa lekarskiego warszawskiego, na którem wygłoszono szereg odczytów z dziedziny neurologii, psychiatryi i psychologii (patrz zesz. VIII tom II Neurologii polskiej 1912). Na innych przedstawiono szereg przypadków klinicznych i preparatów anatomo patologicznych.

Sekcya pedyatryczna według sprawozdania sekretarza sekcyi, kol. Rotwanda, odbyła posiedzeń klinicznych w szpitalu Anny Maryi cztery; na posiedzeniach przedstawiano przeważnie przypadki szpitalne. Posiedzeń odczytowo-klinicznych było 5; wygłoszono następujące odczyty: 1) kol. Czaplicki: »O własnościach leczniczych sublimatu«, 2) kol. Schoenaich: »Wielka śmiertelność w płonicy«, »Wynik leczenia błonicy w stosunku do wieku i postaci choroby«, 3) Gromski: »O urobilinuryi«.

Ze spraw, wychodzących poza obręb zagadnień naukowych, a poruszanych w roku sprawozdawczym, wymienić należy, wysunięty na czoło tegorocznych rozpraw, projekt przywrócenia w Łodzi regestracyi zgonów, podany przez kolegów: Skalskiego, Łuczyckiego i Jelnickiego. Projekt znalazł poparcie Towarzystwa i pomoc w urzeczywistnieniu. Przywraca on regestracyę, która w Łodzi już istniała i jednocześnie rozwija ją przez utworzenie stanowiska lekarza-statystyka i 2 pomocników. Wprawdzie projekt nie rozwiązuje sprawy całkowicie i pozostawia niejedno do życzenia, jednakże zaprowadzenie regestracyi, według zaproponowanego wzoru w mieście, w którem od trzech lat nie prowadzono żadnej wogóle statystyki zgonów, już zapewnia korzyści, a ustanowienie lekarza-statystyka pozwala spodziewać się, że cyfrowy materyał będzie nietylko gromadzony, lecz i umiejętnie prowadzony.

Dalej podnieść należy udział Towarzystwa w obradach nad sprawami przyszłego samorządu, wchodzącemi w zakres higieny społecznej.

Z innych spraw, dla dobra publicznego podjętych, zapisać należy walkę z epidemią ospy, ową plagą naszego miasta, która w roku 1912 więcej, niż zwykle, zaciążyła nad ubogą ludnością i robiła wśród niej spustoszenia z rozmachem żywiołu. Towarzystwo nasze poparło tu kolegów: Skalskiego, Ruegera i Łuczyckiego i rozwinęło ożywioną działalność, skierowaną ku masowemu szczepieniu ochronnemu w szkołach, fabrykach i t. d. przez oddziaływanie zapomocą stosownych odezw na ogół mieszkańców Łodzi, przez ogłoszenie w prasie komunikatu komisyi Towarzystwa, przez uproszenie duchowieństwa o nawoływanie z kazalnicy i t d.

Nowa ustawa fabryczna była również przedmiotem rozpraw Towarzystwa. Zmiany, które przewiduje ustawa, są zasadnicze i znaczne, sprawa więc raz jeszcze wejdzie pod obrady Towarzystwa przy udziale wszystkich lekarzy w Łodzi celem porozumienia się w rzeczach, które wspólnie członków Towarzystwa i niestowarzyszonych lekarzy obchodzą.

Jak widzimy, Towarzystwo nasze, które nigdy nie zamykało się wyłącznie w kole zagadnień naukowych i interesów zawodowych, w roku sprawozdawczym poruszało sprawy ogólniejszej natury i o podkładzie społecznym, w większym niż zwykle zakresie. A więc obok zagadnień naukowych sprawy, mające na celu zapewnienie miastu lepszych warunków zdrowotnych, stanowiły w roku sprawozdawczym ważny przedmiot pracy Towarzystwa. Podnoszę ten fakt dlatego, że świadczy on o zrozumieniu zadań, przypadających w udziale towarzystwu lekarskiemu na prowincyi, zwłaszcza w takich środowiskach, jak nasze miasto, które pod względem organizacyi zdrowia publicznego może służyć za rażący przykład zaniedbania. Pracując nad naprawą istniejących warunków zdrowotnych lub popierając usiłowania jednostek, towarzystwo lekarskie na prowincyi spełnia dziś poniekąd misyę, która może w niedalekiej przyszłości przypadnie w udziale innym instytucyom, a występując jako zorganizowana i jednolita opinia lekarska, z którą sfery miarodajne przywykły się liczyć, towarzystwo lekarskie potrafi zawsze, gdy chodzi o praktyczne przeprowadzenie czegoś, zdziałać więcej, aniżeli to zdołają uczynić zabiegi odosobnione jednostek.

W bieżącym roku — powtarzam — Towarzystwo nasze, poruszając sprawy o podkładzie społecznym, stwierdziło większą niż zwykle żywotność i włożyło w nie dużo rzetelnej pracy. E. Sonenberg.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

XX. Ogólne naukowo-administracyjne posiedzenie w dniu 4 (17) maja 1912.

Obecnych członków 20. gości 5. Przewodniczy prezes prof. J. Ziemacki.

Prezes podaje do wiadomości, iż zmarli członkowie »Związku«: Dr matematyki prof. Jan Ptaszycki, Dr med. Władysław Ratuld i prowizor Wacław Mierzwiński i wzywa obecnych, by uczcili pamięć zmarłych przez powstanie.

Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

I. Dr Szymon Dzierżgowski: **W sprawie ochronnych szczepionek**. Na wstępie mówca podał ogólne pojęcia o szczepionkach i ich zastosowaniu w uodpornianiu ustroju, a potem rozpatrzył szczepionki, jako środki lecznicze. W dalszym ciągu wyświetlił istotę odporności biernej, poddał krytyce obecne sposoby stosowania szczepionek czynnych. Wyniki długoletnich badań wykazały, że bierna odporność trwa 4–6 tygodni, czynna zaś od 2 do 3 lat, ale tutaj i komórki zachowują tę odporność. Prelegent wyraża zdanie, że odporność ustroju ludzkiego pochodzi od obecności we krwi ciał białkowych rozmaitego składu chemicznego. Dalej zaznaczył, jakie znaczenie mają precypityny i bakteryocydyny, bakteryolizyny i opsoniny w sprawie odporności ustroju; zwiększenie odporności polega na zwiększeniu uzdolnienia komórek do wytwarzania wyżej wymienionych ciał. Zaszczepiając materyał zakaźny, który może być trojakiego rodzaju: materyał żywy, martwy i osłabiony, wytwarzamy w ten sposób w ustroju odporność czynną. Powtarzając szczepienia ochronne, możemy wywołać w ustroju przewlekłe powstawanie ciał ochronnych białkowych i w ten sposób ustrój uodpornić na dłuższy czas od całego szeregu chorób zakaźnych. W końcu prelegent wypowiada zdanie, że sprawa zastosowania szczepionek ochronnych powinna z czasem stanowić jedno z główniejszych działań programu wychowania.

D y s k u s y a: Prof. Ziemacki zapytuje prelegenta, w jaki sposób można stosować uodpornienie ustroju przeciw kilku chorobom jednocześnie. — Prelegent: W zasadzie jest to możliwe, bo jedna odporność nie przeszkadza drugiej. - Prof. Ziemacki: Czy we krwi takiego człowieka przeciwciała mogą bezkarnie być nagromadzone jednocześnie od kilku chorób? — Prelegent: Trudno dać odpowiedź na to pytanie, lecz, jak wiadomo, te ciała nie różnią się od zwykłych ciał białkowych. Przy zwiększeniu przez zmiany materyi i zwiększeniu ciepłoty, część ciał ginie, więc gromadzi się tylko tyle, ile ustrój może wydołać. — Prócz tego przemawiała w dyskusyi Dr Bukowska.—Prezes w imieniu Zgromadzenia składa serdeczne podziękowanie prelegentowi za cenny odczyt.

II. Demonstracya przyrządu »Santo« przez inż. F a w ł o w s k i e g o została przeniesiona do Wydziału technicznego »Związku«.

W c z ę ś c i a d m i n i s t r a c y j n e j posiedzenia: 1) P. Kosińska zwróciła się z prośbą do Wydziału lekarskiego, ażeby Wydział zechciał dopomódz jej w sprawie oględzin dzieci przytułku przed wyjazdem na pobyt letni i po powrocie. Uproszono Dr Bukowską, która przyjęła na siebie ten obowiązek. 2) Jednomyślnie zostali obrani na członków rzeczywistych Związku: Dr Józef Bednarz, inż. Maryan Majewski, inż. Teodor Jasiewicz, ks. prof. Stanisław Trzeciak, Dr Stefan Rodziewicz, inż. Stanisław-Wojciech Surzycki, prow. Józef Szukszta, inż. Czesław Załęski, inż. Tadeusz Kozłowski, prow. Grzegorz Antoniewicz, inż. Jan Wołowski, inż. Konstanty Rychard, inż. Konstanty Żórawski, inż. Władysław Henszl i Dr Witold Zasidatel-Krzemieński. 3) Podano do wiadomości, iż na posiedzeniu »Rady« zapadła uchwała, aby ten, kto we właściwym czasie nie uiści składki rocznej, płacił nie 5, ale 6 rs. Po wymianie zdań odłożono tę sprawę do jesieni. 4) Uchwalono, aby bibliotekę »Związku« i biust Dra Strawińskiego przenieść do pracowni Dra Zboromirskiego, którego przychylna odpowiedź już nastąpiła. 5) Dr Uliński wnosi, aby na rozsyłanych zawiadomieniach o posiedzeniach wydrukowano, iż w razie nieznalezienia adresata uprasza się o zwrot podań i o adres sekretarza Dra Wilamowskiego. Zrobić to należy w tym celu, że wielu członków zmienia mieszkanie i nie zawiadamia o tem sekretarza, w przeciwnym zaś razie niewiadomo, kto z członków nie otrzymuje zawiadomień. Wniosek uchwalono. Sekretarz: Zdzisław Sowiński.

Towarzystwo lekarskie wileńskie.

Posiedzenie z dnia 12. VI. 1912.

Obecnych 24 członków i 23 gości.

1) Kol. Krainskij **O sadyzmie pedagogicznym.** Przypadek, opisany przez autora, dotyczy znanego powszechnie ze swej srogości na egzaminach inspektora okręgowego; ani łzy ofiar, ani prośby rodziców, ani skargi do władz i w prasie nie wzruszały okrutnego pedagoga. 17 ofiar, które targnęły się na własne życie, zaznaczyło drogę jego karyery urzędniczej; cieszył się on opinią nieprzedajnego i nieprzejednanego w swej surowości wykonawcy obowiązków służbowych, poza którymi nic dlań nie było w ró-

wnej mierze ważne. Władze zaliczały go do najzdolniejszych i najuczciwszych pedagogów, odznaczenia i awanse szybko posuwały po szczeblach drabiny urzędniczej niezwykłego pedagoga, którego właściwe miejsce winno było być w lecznicy psychiatrycznej. Podczas egzaminów pedagog ów miewał zwyczaj siadać prawie konno na krzesło, długie poły surduta zarzucał naprzód tak, że przykrywał niemi miednicę z przodu i uda, wtedy zaczynał dawać pytania uczniowi. Pytania owe, gdy »ścinał«, były nadzwyczajne w swej pomysłowości, n. p. »co się stanie z termometrem, gdy wyrzucimy go za okno« lub »co można widzieć przez okno na dziedzińcu«. Im więcej uczeń mieszał się, im więcej okazywał strachu, tem silniej podbudzał się pedagog na swem krześle. Referent badał chorego parę razy i wtedy powziął podejrzenie o istnieniu zwyrodnienia płciowego; obecność na egzaminie dała mu możność obserwacyi owego stanu podniecenia, wtedy również upewnił się w słuszności swego podejrzenia. Gdy pedagog, »ściąwszy« kilku uczniów, spostrzegł się, że jest obserwowany, że jego zachowanie się nie uszło baczności lekarza, domyślającego się istotnego stanu rzeczy, zmieszał się, przestał pytać ucznia i po chwili zmienił za stołem, gdzie zasiadała komisya egzaminacyjna, miejsce tak, że referent nie mógł go widzieć. Gdy zaś i referent spróbował zmienić swe miejsce, wtedy pedagog powstał i wyszedł z sali; uratowało to wtedy zapewne niejednego ucznia. Nowotwór śledziony przeciął pasmo owej pedagogicznej działalności. Jeszcze na krótko przed zgonem na wiosnę, wycieńczony chorobą okrutny pedagog, zwlókł się z łóżka, pojechał na egzamina do Mohylewa, »ściął« tam kilku i zupełnie wyczerpany powrócił do domu.

Referent wypowiada zdanie, że z podobnem złem ani lekarze, ani społeczeństwo walczyć nie zdołają. Chorzy tacy z wielką umiejętnością ukrywają swe zwyrodnienie płciowe, wynajdując środki, by w najmniej podejrzany sposób zaspokajać swe żądze. Maską taką, w dodatku popłatną bardzo, było w danym przypadku sumienne i bezwzględne wykonywanie obowiązków służbowych.

W dyskusyi kol. Szabad przypomina znanego ongiś inspektora na uniwersytecie moskiewskim Bryzgałowa, którego działalność również zaznaczyła się wielu ofiarami śród młodzieży. Od takich osobników częstokroć zależą losy tysięcy osób. Zdania referenta co do bezskuteczności walki z podobnemi zjawiskami kol. Szabad nie podziela: prasa i opinia społeczna nawet w warunkach naszych mogą znacznie ukrócić zło.

2) Kol. Zarcyn. **O zapaleniu wyrostka robaczkowego i okołokątniczem.** Przytoczywszy etyologię sprawy i rozmaite co do tego teorye, w których jako główny moment przyczynowy podają wszyscy zatkanie ujścia wyrostka, referent skreślił obraz anatomiczny patologii, przebieg kliniczny różnych postaci choroby, wskazał na trudności w rozpoznaniu i rokowaniu, przytoczył dane statystyczne co do przypadków operowanych i nieoperowanych, przemawiające wyraźnie za rękoczynem, w końcu podał tłumaczenia niektórych autorów, dlaczego niekiedy stosowanie narkotyków wpływa na przebieg sprawy ujemnie, środki zaś przeczyszczające oddziaływają wtedy dodatnio. Dyskusyi wobec późnej godziny nie było.

Posiedzenie z dnia 14. IX. 1913 r.

Obecnych 30 członków i 24 gości.

1) Kol. Krainskij pokazuje chłopaka lat 15, u którego w kwietniu wystąpiły objawy **bezwładu postępującego.** Odczyn Wassermanna w surowicy krwi — ujemny; płynu mózgowo rdzeniowego nie zdołano otrzymać. Matka chłopaka przed 9 laty zmarła w szpitalu dla obłąkanych. W wywiadach niema nic, coby wskazywało na przymiot nabyty lub odziedziczony. Badanie wykazuje: silne osłabienie unerwienia mięśni na twarzy, nierównomierność źrenic, mowa porażna, powolne ruchy, apatya, stępienie umysłu, silne osłabienie pamięci i zdolności kombinowania; chory nie poznawał otoczenia, plótł różne niedorzeczności, dowodził niekiedy, że ma miliony rubli. Zastosowano śródżylnie 0,6 salwarsanu, w tydzień potem dawkę tę powtórzono. Już po pierwszem wlewaniu salwarsanu na 4. dzień dało się zauważyć ogólne polepszenie; poza tem stosowano codziennie wstrzykiwania nukleinianu sodu po 0,5. Wkrótce po drugiej dawce salwarsanu objawy wyżej opisane zaczęły znikać dość szybko. Obecnie: źrenice prawidłowej, jednostajnej wielkości, mowa prawidłowa, wróciła przytomność, pamięć, słowem wynik leczenia świetny; ma się rozumieć leczenie swoiste należy dalej stosować.

W dyskusyi kol. Gierszun zaznacza, że ponieważ odczyn Wassermanna w surowicy krwi ujemny, płynu zaś mózgowordzeniowego nie badano, należy zakwestyonować rozpoznanie, tembardziej, że klinicznych objawów przymiotu niema. — Kol. Krainskij twierdzi, że innej postaci chorobowej, którąby można przypuszczać w danym przypadku, nie zna.

2) Kol. Szabad. **Obecny stan walki z gruźlicą na Zachodzie; wytyczne dla działalności oddziału Wileńskiego Ligi przeciwgruźliczej** (nie nadaje się do streszczenia). Safarewicz.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 26. II. 1913 posiedzenie, na którem prym. Dr Borzęcki przedstawił chorych ze swojego oddziału, a doc. Dr Mazurkiewicz wygłosił wykład: »W sprawie projektu ustawy o pozbawieniu własnowolności«. W dyskusyi zabierali głos prof. Piltz i Dr Rogalski.

— W Towarzystwie lekarskiem krakowskiem rozpoczyna się cykl odczytów z zakresu przemiany materyi. Dotychczas zapewniony jest udział następujących prelegentów: prof. Marchlewskiego, prof. Bądzyńskiego, Dr Kostrzewskiego, Surzyckiego, Blassberga, Nowaczyńskiego, doc. Latkowskiego, prof. Rosnera, prof. Krzyształowicza, prof. Lewkowicza, Dr M. Godlewskiego.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Stefan Brokowski, rodem z Rawy w Królestwie polskiem.

— Otrzymujemy następujące pismo z prośbą o zamieszczenie: »Wobec tego, że kilku Kolegów zwróciło się do mnie z zapytaniem, dlaczego nie odebrało jeszcze Kalendarza lekarskiego, oświadczam, że w grudniu wysłano wszystkim kolegom stosownie do zamówienia kalendarze, niestety jednak kilka wysłanych za zwykłą opaską zaginęło w drodze. Dlatego upraszam Szanownych Kolegów, którzy mimo zamówienia egzemplarza nie otrzymali, o zawiadomienie o tem Redakcyę Kalendarza, a ta wyśle odwrotnie kalendarz polecony. W przyszłości uprasza się Kolegów o zamawianie o ile możności kalendarza za zaliczką lub jako przesyłkę poleconą. Dr A. Klęsk, redaktor »Kalendarza lek.« (Kraków, św. Jana 18)«.

— W Krakowie zawiązuje się z inicyatywy naczelnego lekarza miejskiego Dr Janiszewskiego i lekarzy szkolnych miejskich, Dr Klęska i Dr Grażyńskiego, »Towarzystwo opieki nad dziatwą szkół ludowych« pod przewodnictwem Maryi hr. Wodzickiej. Towarzystwo to ma za zadanie odżywianie potrzebujących tego dzieci szkolnych (rozdawnictwo mleka i bułek), zaopatrywanie ich w odzież i czuwanie nad zdrowiem dzieci i opieką pozaszkolną.

— Pod przewodnictwem prof. Dr B. Wicherkiewicza odbyło się w dniu 18 b. m. Walne Zgromadzenie »Samarytanina polskiego«. Dotychczasowy komitet złożył sprawozdanie, wykazujące szybki rozwój Towarzystwa, nietylko w Krakowie, ale i w całej Galicyi. W Krakowie liczy Towarzystwo członków 1266. Z Galicyi zgłoszono kół »Samarytanina polskiego« 33. Towarzystwo urządziło w Krakowie 24 kursa, na które uczęszczało 1266 osób. Do wydziału wybrano: prof. Brauna, Dr Bobrowskiego, prof. Bujwida, Chlumskyego, Dr Damskiego, Janiszewskiego, dyr. Kasy oszczędności Kowalskiego, prof. Pareńskiego, doc. Radlińskiego, prof. Rutkowskiego, Dr Rzegocińskiego, Służewskiego, M. Staszewskiego, Z. Wachtla (seniora) i prof. Wicherkiewicza. Do komisyi kontrolującej wybrano: Dr Kwaśnic-

kiego, Piotrowskiego i Kwiatkowskiego; do sądu polubownego prof. Pilza, Dr Bogdanika, Gawlika, Sikorskiego, prof. Ciechanowskiego, Dr Krzysztonia, Klęska i hr. Szembekową.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 16. II. do 22. II. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † — (obcych 3 † —), krztuśca 2, ospy wietrznej 3, płonicy 9 † 1 (2 † —), odry —, duru brzusznego 1 † — (— † —), czerwonki — † —, róży 2, kuru 1.
Dr Janiszewski.

Warszawa. Na konkursie im. ś. p. Dr B. Żebrowskiego, ogłoszonym przez »Gazetę lekarską« na najlepszą pracę z dziedziny bakteryologii lub chemii lekarskiej, drukowaną w czasopismach lekarskich w r. 1912, otrzymał nagrodę p. Dunin-Borkowski, asystent zakładu fizyologicznego U. J., za pracę p. t. »Istota hemolizy i aglutynacyi« (ogłoszoną w »Gazecie lekarskiej«).

— Towarzystwo naukowe warszawskie otrzymało na swe cele ogólne następujące dary: Mecenas Stanisław Kostrowicki z Petersburga złożył rb. 10.500, jako fundusz wieczysty jego imienia; od córek i syna ś. p. Maryi K. Szlenkerowej, dla uczczenia jej pamięci, otrzymało Towarzystwo rb. 1000, od p. Alicyi Hasfortowej rb. 1000 i od p. Gustawa Łabęckiego rb. 5. Na pracownię antropologiczną otrzymało Towarzystwo od pp. Jana Berenta rb. 5, Wacława Bruna rb. 14, Karola Czaplickiego rb. 8, Wandalina Szukiewicza rb. 9 i bezimiennie rb. 16.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 17. II. do 24. II. 1913 przypadków: ospy 1 † —, płonicy 1 † 1, duru wysypkowego — † —, róży 2.
Dr Trenkner.

Wilno. Jako pierwszy tom wileńskiej »Biblioteki pamiętników« wyszedł początek pamiętników prof. Józefa Franka, tłómaczonych z francuskiego i opatrzonych uwagami historycznemi przez zasłużonego Dr Władysława Zahorskiego.

Z różnych stron. Na porządku dziennym XXIV posiedzenia Wydziału lekarskiego Polskiego Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu d. 8 (21) lutego r. b. znajdowały się następujące wykłady: 1) Dr Romanowicz: Badania nad włośnicą (trichinosis): powikłanie posocznicą pochodzenia jelitowego, substancye toksyczne, wytwarzane przez zarodki pasorzyta. 2) P. Dryjski: Czucie i świadomość.

— Dr Stanisław Łazarewicz, redaktor »Nowin lekarskich« w Poznaniu, mianowany został członkiem honorowym Towarzystwa lekarskiego lwowskiego.

Zmarli: Dr Kazimierz Kruszyński we Lwowie w 54 r. ż.

Redakcya otrzymała: Cybulski: Ein Model der Aktionsströme des Muskels. »Bull. de l'acad. des sciences de Cracovie« 1912. — Napiórkowski: Cukier jako źródło siły produkcyjnej: dźwignia rolnictwa. Wydawnictwo lubelskiego Tow. rolniczego. 1913. — Puławski A.. Bright'sche Krankheit. Zweimalige Edebohls'sche Operation. Basedow-Symptome zum Schlusse des Lebens. Od. »Wiener med. Wochens«. 1913, 3. — Chełchowski: Choroby zakaźne i śmiertelność w Zakopanem. »Gazeta lek.« 1913. — Ziembicki W.: Zatrucie nitrobenzolem. »Tyg. lek.« 1912. — Ziembicki W. i Sabat: Przypadek z przetrwałym przewodem Botalliego i niezwykłym obrazem radioskopowym. »Tyg. lek.« 1912. — Penzias: O chorobie Recklinghausena. »Tyg. lek.« 1912. — Mięsowicz: 1) Sposoby badania klinicznego dla użytku uczniów i lekarzy. Zeszyt drugi. Kraków 1912. (Str. 260—504). Z 7 tablicami kolorowemi i licznymi rysunkami w tekście. 2) O wskazaniach do przerywania ciąży ze stanowiska medycyny wewnętrznej. Kraków 1912. — Babiński: 1) Réflexes tendineux et reflexes osseux. (Leçons faites à l'hôpital de la Pitié). Paris 1912. — 2) (z p. Jumentié). Contribution a l'étude de l'hemorrhagie méningée. Bull. de la Soc. des hôp. 1912. 3) (z pp. Jumentié i Martel). Tumeur méningée de la région dorsale supérieure etc. 4) (z pp. Martel i Chaillons). Stase papillaire bilatérale, cécité presque compllète, craniectomie etc. C. R. de la Soc. de neurol. 1912. — Saski: O zawartości ciał swoistych w surowicach przeciwpneumokokowych Mercka oraz drezdeńskiej. »Gaz. lek.« 1912. — Grzywo-Dąbrowski: 1) Leczenie porażenia postępującego nukleinianem sodu. 2) Przypadek omamów wrzekomych o podkładzie hypnagogicznym. »Neurologia polska« 1912. — A. Starzyński: Odczyn benzaldehydowy moczu w chorobach umysłowych. »Neurologia polska« 1912.

Bibliografia.

Dr Emil Fuhrmann. **Aerztliches Jahrbuch für Oesterreich.** Rok VIII. Wiedeń 1912. Cena 10 kor.

Udoskonalając swój schematyzm lekarski stopniowo, postawił go Dr Fuhrmann w końcu na takim poziomie co do dokładności, że ministerstwo spraw wewnętrznych poleciło go, jako nadający się do użytku władz, reskryptem z 9. grudnia 1912, L. 6289/S. Trzeba przyznać, że wydawnictwo Dr Fuhrmanna zasłużyło na to polecenie dbałością o ścisłość i aktualność podawanych informacyi i z roku na rok wprowadzanemi ulepszeniami. Również w roczniku ostatnim uzupełnił Dr Fuhrmann starannie rozdziały o instytucyach filantropijno-lekarskich, szpitalach, sanatoryach i zdrojowiskach. Z wielką pedanteryą starał się też redaktor »Rocznika« o poprawienie adresów lekarzy w większych miastach według najświeższych danych itp. Jednem słowem można wydawnictwo to uznać za zupełnie odpowiadające celowi. Z.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in zwölf Monatsheften. Monachium, nakład J. F. Lehmanna. Rocznik IV. Zeszyt 2. (cena 2·50 Mk.). (Cały rocznik 16 Mk.).

Drugi zeszyt tegoroczny »Kursów lekarskich« zawiera prace, dotyczące chorób krążenia i oddychania, a mianowicie: prof. Hoffmanna o nieregularnej czynności serca, prof. Van d. Veldena o postępach fizycznej dyagnostyki sercowej, wreszcie prof. Stähelina o leczeniu tuberkuliną; wszystkie trzy artykuły dotyczą ważnych, a na dobie będących zagadnień. Z.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w lutym 1913.

Gazeta lek. Nr 5—8.: Cybulski (dok. 5). — Higier: Operacya Foerstera przecięcia korzeni czuciowych rdzenia, operacya Spitzyego wszczepienia nerwów obwodowych i operacya Stoffela wyłączenia częściowego nn. ruchowych w przypadku porażenia skurczowego, powstałego po ostrem zapaleniu mózgu w wieku młodzieńczym (5—6). — Kramsztyk: Ś. p. Bolesław Gepner (wspomnienie pośmiertne) (6). — Hertz i Wretowski: Przypadek uogólnionego obrzmienia gruczołów chłonnych o typie limfatyczno-śródbłonkowo-łącznotkankowym wraz z przyczynkiem do nauki o ziarnicy złośliwej (6—7). — Batawia: Zaburzenia słuchu i równowagi po salwarsanie (7—8). — Leyzerowicz: O wytwarzaniu się barwika w skórze po śmierci (8—9).

Medycyna i Kronika lek. Nr 5—8.: Karbowski: O tak zwanych przetokach błędnikowych (5—8). — Higier (dok. 5). — M. Biehler: Kilka słów w sprawie epidemii porażenia rdzeniowego ostrego w Królestwie polskiem w 1911 r. (6—7). — Sterling Stefan: O serodyagnostyce raka (7—8). — Higier: Z farmakodynamiki i patologii ogólnej układu wegetacyjnego (7—8).

Tygodnik lek. Nr 5—8.: Progulski: O mleku kobiecem konserwowanem i jego zastosowaniu (4—6). — Starklówna: Nadnercza w stanach patologicznych (5—6). — Sołtysik: Wspomnieniа i wnioski z podróży i międzynar. Kongresu ginekologów (5—6). — Hornowski: Śmierć wskutek chloroformu, a gruczoły wewnętrznego wydzielania (7—8). — Węgrzynowski: Przyczynek do powstawania kwasu szczawiowego w ustroju (7—8).

Nowiny lek. Nr 2.: Wrzosek: O zadaniach prac doświadczalnych nad nowotworami złośliwymi. — J. Mazurkiewicz: O asymetrycznych czynnościach półkul mozgowych. — St. Serkowski: Opsoniny i bakteryotropiny w świetle doświadczeń własnych i krytyka teoryi Wrighta. — Türschmid: Lewostronne wysokie ułożenie kiszki ślepej z niezwykłym przebiegiem wy-

rostka robaczkowego. — Saski: Trzy przypadki duru brzusznego leczone szczepionką przeciwtyfusową Dra Czajkowskiego. — St. Szuman: Diagnoza i prognoza jako suggestya w psychologicznem, terapeutycznem i etycznem znaczeniu.

Postęp okulist. Nr 1—2. Wicherkiewicz: Dr Bolesław Gepner (wspomnienie pośmiertne). — Żurkowski: O sposobach wyrównania niezborności złożonej.

Przegląd pedyatryczny, Tom V. Z. 1. Od wydawców. — Matylda Biehler: Porażenie ostre rdzenia u dzieci. Choroba Heine-Medina. — Kazimierz Sędziuk: Przyczynek do badań nad trawieniem u osesków. — M. Krassowski. Przypadek wydobycia kamienia z dróg moczowych u małego dziecka.

Kronika dentyst. Nr 2. Hofung: Dyagnoza różniczkowa przy leczeniu zapalenia miazgi.

Przegląd higieniczny Nr 2. Ogórek-Pankowa (dok.). — Inż. Mołczański. Kilka słów w sprawie racyonalnej budowy kanałów domowych.

Zdrowie Nr 2. Hewelke: Gruźlica i szkoła ludowa. — Koszutski: Statystyka gruźlicy wśród dzieci szkół początkowych w Kaliszu. — Langer: Suchotnicy a zadanie społecznej medycyny. — Sanatoryum dla chorych piersiowych w Zakopanem Dr Dłuskiego. — Gałecki: Cztery lata istnienia sanatoryum w Rudce. — Budzyński: Leśniczówka, sanatoryum ludowe pod Warszawą.

Głos lekarzy Nr 3—4. Higiena społeczna w gospodarce m. Lwowa (3). — Lekarze przy wyborach do lwowskiej Rady miejskiej (3). — Czerwony Krzyż (3). — Umowa, regulująca stosunek lekarzy do Tow. ub. na życie w Austryi (4). — W sprawie opieki nad obłąkanymi (4).

Słowo lekarskie Nr 3. Klauber: O sądowych należytościach lekarzy. — W sprawie nowych tytułów dla lekarzy. — C.: W sprawie zaopatrzenia kraju w wodę. — Klęsk: Lekarz a telefon.

Nasze Zdroje. Zeszyt 3—4. Westreich: Znaczenie Banku zdrojowisk. — Pouczające zestawienie. — Dr L. Kilka uwag o kolejach. — N. Z.: Galicyjski akcyjny Bank zdrojowisk. — Skórczewski: O znaczeniu promieni Roentgena dla lekarza zdrojowego przy rozpoznawaniu chorób i ich leczeniu. — Teodorowicz: Z wycieczki poglądowo-naukowej za granicę.

Redaktor odpowiedzialny
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę d. 5. marca 1913 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Demonstracye chorych z oddziału prof. Rutkowskiego i z klinik prof. Reissa i prof. Piltza.

W klinice medycznej U. J. w Krakowie odbywać się będą tygodniowe praktyczne **kursa dla lekarzy** od 10—16 marca b. r. a mianowicie:

1. **Rentgenologia kliniczna,** połączona z prześwietlaniem chorych. Asystent kliniki Dr Nowaczyński. Codziennie popołudniu przez 3 godziny. Czesne 20 kor.
2. **Serologia kliniczna** ze szczegółowem uwzględnieniem dyagnostyki klinicznej. Asystent kliniki Dr Kostrzewski. Codziennie przed południem przez 3 godziny. Czesne 20 kor.
3. **O surowicach leczniczych.** Profesor Jaworski. 2 godziny. Czesne 2 kor.
4. **O stosowaniu i wynikach leczniczych leków ostatniej doby.** Asystent kliniki Dr Wachtel. 2 godziny. Czesne 2 kor.

Pp. Lekarze chcący wziąć udział w powyższych kursach zechcą się zgłosić bądź pisemnie, bądź osobiście w kancelaryi kliniki medycznej (Kopernika 15) najpóźniej do 8. marca b. r.

Prof. Dr W. Jaworski.